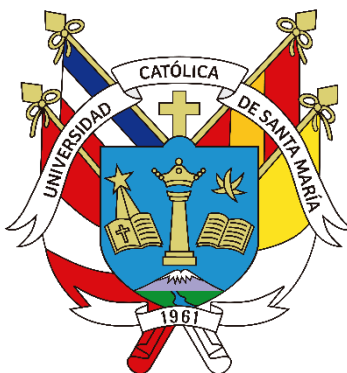


Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**Relación entre las características clínicas y morbimortalidad asociada a
terapia endoscópica en pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta
variceal en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Honorio Delgado
Espinoza, Arequipa, 2023-2024**

Tesis presentada por el Bachiller:

Churqui Huanca, Daniel Jesus

ORCID: 0009-0004-7309-0980

para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesor (a):

Dr. Tamayo Tapia, Pedro Manuel

ORCID: 0000-0002-7837-9095

Arequipa - Perú

2025

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 18 de Septiembre del 2025

Dictamen: 014789-C-EPMH-2025

Visto el borrador del expediente 014789, presentado por:

2017242501 - CHURQUI HUANCA DANIEL JESUS

Titulado:

RELACION ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MORBIMORTALIDAD ASOCIADA A TERAPIA ENDOSCÓPICA EN PACIENTES CIRRÓTICOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2023-2024

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

MEDICO CIRUJANO

**29389055 - DEL CASTILLO SOLORZANO NOEMI
DICTAMINADOR**



**29432343 - NUÑEZ ZEVALLOS GLADYS EDITH
DICTAMINADOR**



**05405211 - VALDIVIA FERNANDEZ BETTY ROSARIO MARTINA
DICTAMINADOR**



Relación entre las características clínicas y morbimortalidad asociada a terapia endoscópica en pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal en el Servicio de Gastroenterología del Hosp

INFORME DE ORIGINALIDAD

9%

INDICE DE SIMILITUD

10%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	1%
2	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet	1%
3	renati.sunedu.gob.pe Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	1%
5	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
7	repositorio.ucsg.edu.ec Fuente de Internet	1%

DEDICATORIA

A mis padres Jesús y Lucila, por el amor incondicional y el apoyo constante que iluminan cada paso de mi camino. Por las enseñanzas que me mostraron el valor de trabajar duro y con entrega, de comprender que el esfuerzo constante es la semilla de cada logro, y que en la dedicación silenciosa se forjan los sueños más grandes.

A mis hermanos Elmer y Kathy, de quienes recibí valiosas lecciones. Con ellos aprendí a compartir la vida, a reír sin medida y a sobrellevar las pruebas, en cuyo lazo encuentro siempre fuerza y alegría.

A Camila, cuya paciencia, amor y apoyo constante me inspiraron a seguir adelante y alcanzar mis objetivos; y quien también me enseñó el verdadero valor de salvar vidas, más allá de solo prolongar la existencia.

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi sincera gratitud a la Universidad Católica Santa María y a su plana docente por la formación otorgada, cuyo empeño y dedicación fueron esenciales en mi preparación profesional.

Al servicio de Medicina del Hospital III Goyeneche de Arequipa, cuyos residentes y asistentes me acogieron con generosidad y entrega en mi etapa como estudiante, cuando el mundo entero se veía obligado a cerrar puertas frente a un enemigo que parecía imposible de vencer.

Al Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, donde realicé mi internado, por las valiosas experiencias, las enseñanzas recibidas y el compañerismo que me guiaron en mi formación profesional y en el respeto hacia mis colegas.

Por último y no menos importante a mis amigos y a todas aquellas personas con quienes en algún momento compartí el camino, agradezco sinceramente por las experiencias, los recuerdos y el apoyo brindado. Aunque hoy cada uno siga su propio rumbo, valoro con gratitud el tiempo compartido y las huellas que dejaron en mi vida.

EPÍGRAFE



“No se trata de que pueda hacerlo o no. Quiero serlo y por eso lo haré”

Monkey D. Luffy

RESUMEN:

Introducción: La hemorragia digestiva alta variceal (HDAV) es una complicación grave de la cirrosis hepática con una elevada morbimortalidad. A pesar de los avances en el tratamiento, la falta de evidencia local en Arequipa limita la optimización de su manejo.

Objetivo: Fue analizar la relación entre las características clínicas y la morbimortalidad asociada a la terapia endoscópica en pacientes cirróticos con HDAV.

Metodología: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, no experimental, en pacientes atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en Arequipa, Perú, entre 2023 y 2024.

Resultados: Se encontró que la mayoría de los pacientes eran hombres, con una edad predominante entre 51 y 70 años. La etiología de la cirrosis más común fue la alcohólica (55.09%). Un hallazgo crítico fue la alta proporción de pacientes con cirrosis avanzada, clasificados como CHILD Pugh C (45.51%) y con un MELD Score de riesgo alto (31.74%), lo cual se asoció con un peor pronóstico. La correlación entre las clasificaciones de CHILD Pugh y la morbimortalidad fue estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

Un hallazgo crucial es que la mayoría de los pacientes (66.0%) no recibieron tratamiento endoscópico. En contraste, los pacientes que sí lo recibieron, principalmente mediante endoligadura, mostraron una mortalidad significativamente menor (21.4%) en comparación con el grupo sin tratamiento (76.8%), con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

Conclusión: Existe una relación directa entre la severidad de la enfermedad hepática subyacente y la morbimortalidad en pacientes cirróticos con HDAV. La falta de acceso oportuno al tratamiento endoscópico, a pesar de su demostrada efectividad para reducir la mortalidad, contribuyó a la alta tasa de morbimortalidad en la población estudiada. Esto subraya la necesidad de mejorar los protocolos de atención para asegurar que más pacientes puedan beneficiarse de esta intervención vital.

Palabras clave: Hemorragia digestiva alta variceal (HDAV), Terapia endoscópica, Morbimortalidad.

ABSTRACT:

Introduction: Upper gastrointestinal bleeding is a serious complication of liver cirrhosis with high morbidity and mortality. Despite advances in treatment, the lack of local evidence in Arequipa limits its management optimization.

Objective: To analyze the relationship between clinical characteristics and morbidity and mortality associated with endoscopic therapy in cirrhotic patients with Upper gastrointestinal bleeding.

Methodology: A retrospective, non-experimental study was conducted in patients treated in the Gastroenterology Department of the Honorio Delgado Espinoza Regional Hospital in Arequipa, Peru, between 2023 and 2024.

Results: The majority of patients were men, with a predominant age between 51 and 70 years. The most common etiology of cirrhosis was alcoholic (55.09%). A critical finding was the high proportion of patients with advanced cirrhosis, classified as CHILD Pugh C (45.51%) and with a high-risk MELD Score (31.74%), which was associated with a worse prognosis. The correlation between CHILD Pugh classifications and morbidity and mortality was statistically significant ($p < 0.05$).

A crucial finding is that the majority of patients (66.0%) did not receive endoscopic treatment. In contrast, patients who did receive treatment, primarily by endoligation, showed significantly lower mortality (21.4%) compared to the untreated group (76.8%), with a statistically significant difference ($p < 0.05$).

Conclusion: There is a direct relationship between the severity of the underlying liver disease and morbidity and mortality in cirrhotic patients with Upper gastrointestinal bleeding. The lack of timely access to endoscopic treatment, despite its proven effectiveness in reducing mortality, contributed to the high morbidity and mortality rate in the study population. This underscores the need to improve care protocols to ensure more patients can benefit from this life-saving intervention.

Keywords: Upper gastrointestinal bleeding, Endoscopic therapy, Morbidity and mortality.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTOS	
EPÍGRAFE	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO	3
1.1. Enunciado del problema.....	4
1.2. Descripción del problema.....	4
1.3. Interrogantes del problema.....	6
1.4. Justificación del problema.....	7
2.Marco teórico y conceptual	8
3.Análisis de antecedentes investigativos:.....	28
3.1. Internacionales	28
3.2. Nacionales	29
3.3. Local.....	31
4.Objetivos.....	33
5.Hipótesis general	34
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	35
1.Técnicas e instrumentos.....	36
1.1. Técnica:	36
1.2. Instrumentos:.....	36
1.3. Validación de instrumento de recolección de datos	36
1.4. Materiales de verificación	36
2.Campo de verificación.....	37
2.1. Ubicación espacial.....	37
2.2. Ubicación Temporal	37
2.3. Tipo y nivel de investigación	37
2.4. Unidades de estudio	37
3.Estrategia de recolección de datos.....	38
3.1. Organización	38
4.Análisis estadístico	39
5.Aspectos éticos	40

CAPÍTULO III: RESULTADOS	41
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	64
CONCLUSIONES	71
RECOMENDACIONES	74
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS.....	80
Anexo 1: Ficha de recolección de datos	81
Anexo 2: Autorización proyecto de investigación por parte del Hospital Honorio Delgado.....	83
Anexo 3: Aprobación del comité de ética de investigación de la Universidad Católica Santa María	84
Anexo 4: Matriz de sistematización de información.....	86



ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N°1: Matriz de operacionalización.....	4
TABLA N° 2: Edad según sexo de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal en el servicio de gastroenterología.....	42
TABLA N° 3: Comorbilidad de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal en el servicio de gastroenterología	43
TABLA N° 4: Signos y síntomas de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal en el servicio de gastroenterología.....	44
TABLA N° 5: Etiología de cirrosis hepática de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal en el servicio de gastroenterología	45
TABLA N° 6: Escala de Child Pugh en los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal en el servicio de gastroenterología	46
TABLA N° 7: MELD Score de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal en el servicio de gastroenterología	47
TABLA N° 8: Parámetros sanguíneos de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal en el servicio de gastroenterología	48
TABLA N° 9: Grado de varices de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal en el servicio de gastroenterología.....	49
TABLA N° 10: Tratamiento endoscópico de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal en el servicio de gastroenterología	50
TABLA N° 11: Tipo de tratamiento endoscópico de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal en el servicio de gastroenterología	51
TABLA N° 12: Relación de la morbilidad según la escala Chil Pugh de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal en el servicio de gastroenterología....	52
TABLA N° 13: Relación de la morbilidad según MELD Score de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal en el servicio de gastroenterología....	53
TABLA N° 14: Relación de la edad según el tratamiento endoscópico de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal en el servicio de gastroenterología....	54
TABLA N° 15: Relación del sexo según el tratamiento endoscópico de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal en el servicio de gastroenterología....	55
TABLA N° 16: Relación de la comorbilidad según el tratamiento endoscópico de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal en el servicio de gastroenterología	56

TABLA N° 17: Relación de los signos y síntomas según el tratamiento endoscópico de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal en el servicio de gastroenterología	57
TABLA N° 18: Relación de la etiología de cirrosis según el tratamiento endoscópico de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal en el servicio de gastroenterología	58
TABLA N° 19: Relación de la escala Child Pugh según el tratamiento endoscópico de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal en el servicio de gastroenterología	59
TABLA N° 20: Relación de MELD Score según el tratamiento endoscópico de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal en el servicio de gastroenterología	60
TABLA N° 21: Relación del grado de varices según el tratamiento endoscópico de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal en el servicio de gastroenterología	61
TABLA N° 22: Parametros sanguíneos en de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal con y sin tratamiento endoscopico	62
TABLA N° 23: Relación de la mortalidad según el tratamiento endoscópico de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal en el servicio de gastroenterología	63

INTRODUCCIÓN:

La hemorragia digestiva alta variceal (HDAV) constituye una de las complicaciones más graves y potencialmente letales de la cirrosis hepática. Esta condición se asocia a una elevada morbimortalidad, siendo responsable de un importante porcentaje de ingresos en los servicios de emergencia y de gastroenterología a nivel mundial. Diversos estudios han demostrado que la ruptura de várices esofágicas representa una complicación frecuente y de alto riesgo en pacientes con cirrosis, la cual se asocia a una elevada mortalidad durante el primer episodio, incluso a pesar de los avances alcanzados en el diagnóstico y las opciones terapéuticas disponibles.

En este escenario, la estratificación de riesgo mediante sistemas pronósticos como el Child-Pugh y el MELD score adquiere un papel fundamental para predecir la evolución clínica y guiar las decisiones terapéuticas. Asimismo, el desarrollo de técnicas endoscópicas, principalmente la endoligadura variceal, ha demostrado eficacia en el control del sangrado y en la reducción de recurrencias, convirtiéndose en el pilar del manejo actual de estos pacientes. Sin embargo, la accesibilidad, oportunidad y éxito de estas intervenciones siguen siendo variables entre distintos hospitales y regiones, lo que repercute en la supervivencia y en la calidad de vida de los pacientes.

En el contexto nacional y local, la cirrosis de origen alcohólico continúa siendo la principal causa de HDAV, especialmente en varones de edad media y avanzada, lo cual coincide con los patrones epidemiológicos descritos en la literatura internacional. En hospitales de referencia, como el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en Arequipa, esta complicación representa un reto clínico constante, tanto por la frecuencia de casos como por la complejidad de su manejo integral.

El presente estudio se centra en analizar la relación entre las características clínicas y la morbimortalidad asociada a la terapia endoscópica en pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal atendidos en dicho hospital durante los años 2023-2024. Esta investigación no solo busca aportar evidencia científica sobre los factores asociados al desenlace de los pacientes, sino también contribuir a optimizar los protocolos de atención, reforzar la toma de decisiones médicas y mejorar el pronóstico de esta población vulnerable.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO



Problema de investigación

1.1. Enunciado del problema

¿Cuál es la relación entre las características clínicas y morbimortalidad asociada a terapia endoscópica en pacientes con hemorragia digestiva alta variceal en el servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2023-2024?

1.2. Descripción del problema

1.2.1. Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la salud.
- Área específica: Medicina Humana.
- Especialidad: Gastroenterología.
- Línea: Hemorragia digestiva Alta.

1.2.2. Análisis y operacionalización de variables

TABLA N° 1 MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD CATEGÓRICA	ESCALA
Edad	Número de años cumplidos por el paciente al momento de la evaluación.	18-30 31-50 51-70 > 70	Cuantitativa discreta
Género	Sexo biológico del paciente.	Masculino Femenino	Nominal dicotómica
Comorbilidad	Presencia de una o más enfermedades o condiciones médicas adicionales.	Si No	Cualitativa nominal dicotómica
Hemorragia digestiva	Tipo de sangrado exteriorizado.	Hematemesis Melena Melena + Hematemesis Hematoquecia	Cualitativa Nominal

		Sincope Otros	
Clasificación CHILD Pugh	Severidad de la enfermedad hepática crónica	A (5-6 pts) B (7-9 pts) C (10-15 pts)	Cualitativa ordinal
MELD Score	Riesgo de muerte en los próximos tres meses	Riesgo bajo (< 11) Riesgo moderado (11-18) Riesgo alto (≥ 19)	Ordinal
Grado de varices esofágicas	Clasificación según los criterios de Baveno VII	Bajo riesgo: Diámetro inferior a 5 mm y la ausencia de signos rojos. Alto riesgo: Diámetro superior a 5 mm con o sin signos rojos.	Cualitativo nominal dicotómica
Etiología de cirrosis hepática	Según historia clínica	Alcohólica Viral Autoinmune Metabólicas Criptogénica	Cualitativo nominal
Exámenes laboratoriales	Según historia clínica	Hemoglobina (gr/dL) Plaquetas ($10^3/\text{mm}^3$) TGP (UI/L) TGO (UI/L) GGT (UI/L) Bilirrubinas totales (mg/dL) Proteínas totales (mg/dL) Proteínas fraccionadas (gr/dL) Fosfatasa alcalina (UI/dL)	Cuantitativa Continua
Tratamiento endoscópico	Según informe de endoscopia	Endo ligadura Escleroterapia Terapia endoscópica combinada	Nominal

Morbilidad asociada	Enfermedad específica o una condición de salud durante un período de tiempo determinado.	<p>Encefalopatía hepática</p> <p>Peritonitis bacteriana espontánea</p> <p>Síndrome hepatorenal</p> <p>Choque hipovolémico</p> <p>Anemia hemorrágica</p> <p>Re sangrado</p>	Cualitativa politómica
Decesos	Según historia clínica	<p>Si</p> <p>No</p>	Nominal dicotómica

El presente estudio tiene variables:

- Variable independiente: Características clínicas.
- Variable dependiente: Morbimortalidad asociada a terapia endoscópica.

1.3. Interrogantes del problema

- ¿Cuáles son las características clínicas prevalentes en pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza?
- ¿Cuál es el tipo de tratamiento endoscópico utilizado con mayor frecuencia en los pacientes atendidos?
- ¿Qué relación existe entre la gravedad de la cirrosis hepática y la morbilidad en los pacientes con hemorragia digestiva alta variceal?
- ¿Cuál es la relación entre las características clínicas con el tratamiento endoscópico en pacientes con hemorragia digestiva alta variceal?
- ¿Cuál es la asociación entre mortalidad y el tratamiento endoscópico pacientes con hemorragia digestiva alta variceal?

1.4. Justificación del problema

La hemorragia digestiva alta variceal representa una emergencia médica con alta morbimortalidad, siendo una de las complicaciones en pacientes cirróticos. A pesar de los avances en el tratamiento endoscópico, la morbimortalidad asociada a esta complicación sigue siendo elevada. Además, la falta de estudios locales limita la generación de evidencia científica para optimizar el manejo de estos pacientes en nuestra región. Por lo tanto, el presente estudio tiene como objetivo analizar las características clínicas y el tratamiento endoscópico de pacientes con hemorragia digestiva alta variceal, atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, con el fin de identificar factores clínicos asociados a la hemorragia y determinar la efectividad de las diferentes técnicas endoscópicas utilizadas, por lo que el estudio reviste originalidad.

Tiene relevancia científica, ya que este estudio puede contribuir a ampliar el conocimiento sobre las características clínicas y el tratamiento de la hemorragia digestiva alta variceal en un contexto específico, así como identificar factores de riesgo asociados a la hemorragia y a la mortalidad, se pueden desarrollar modelos predictivos que permitan una estratificación más precisa de los pacientes.

Tiene relevancia práctica, porque los resultados del estudio pueden ayudar a los médicos a tomar decisiones más informadas sobre el tratamiento de los pacientes con hemorragia digestiva alta variceal.

Al identificar factores de riesgo y optimizar el tratamiento, se puede reducir la tasa de resangrado y mortalidad en estos pacientes. La identificación de los tratamientos más efectivos y menos costosos puede ayudar a optimizar el uso de los recursos sanitarios.

Tiene relevancia social, ya que la hemorragia digestiva alta variceal es una condición que afecta la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Al mejorar el manejo de

esta enfermedad, se contribuye a mejorar la salud pública, en tanto se puede reducir el costo sanitario relacionado, al optimizar el tratamiento y reducir las complicaciones, reducción de los costos asociados a la hospitalización y a los reingresos. Este estudio reviste además importancia ya que contribuirá a ampliar el conocimiento sobre la hemorragia digestiva alta variceal en la población que ocupa la institución hospitalaria seleccionada. Además, los resultados obtenidos permitirán optimizar el manejo de estos pacientes, reducir la morbilidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

2. Marco teórico y conceptual

2.1. Hemorragia digestiva alta

2.1.1. Definición

La hemorragia digestiva alta (HDA) ocurre cuando hay sangrado en el esófago, estómago o el duodeno proximal, entre el esfínter esofágico superior y el ligamento de Treitz, y se manifiesta con diversos signos y síntomas. Esta hemorragia puede originarse directamente en el tracto gastrointestinal (causa primaria) o deberse a órganos cercanos que vierten su contenido en él (causa secundaria). La HDA es hasta cinco veces más común que la hemorragia digestiva baja (1).

De acuerdo con su causa, la hemorragia digestiva alta (HDA) se divide en variceal y no variceal. La HDA variceal se origina por el sangrado de várices en el área gastroesofágica, resultado del aumento de la presión en la circulación portal. Este aumento genera una desviación del flujo sanguíneo hacia venas de menor capacidad, lo que provoca su dilatación y deformación. Por su parte, la HDA no variceal puede deberse a múltiples factores, siendo la úlcera péptica gastroduodenal y la gastritis erosiva asociada al uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) las causas más frecuentes (2).

2.1.2. Epidemiología

A pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos, la hemorragia digestiva alta (HDA) continúa siendo una causa frecuente de hospitalización, sin mejoras significativas en la mortalidad, que se mantiene alrededor del 10%. Por su elevada frecuencia, se considera la principal urgencia gastrointestinal, con tasas de 50 a 172 casos por cada 100.000 habitantes al año en Estados Unidos. En otros países, se han registrado incidencias de 34 en España, 72 en el Reino Unido y 100 en Malasia, por cada 100.000 habitantes (1).

La hemorragia digestiva alta (HDA) afecta principalmente al sexo masculino, con una edad promedio de 60 años. Las tasas de mortalidad asociadas oscilan entre 0,9 y 9,8 por cada 100.000 personas-año, mientras que la letalidad varía entre 0,7 % y 4,8 %, y la incidencia de resangrado se sitúa entre 7,3 % y 32,5 %. (3).

En Perú, la información sobre hemorragia digestiva sigue siendo limitada, a pesar de su relevancia clínica. Un estudio realizado en la Unidad de Hemorragia Digestiva del Hospital Rebagliati reveló que el 83 % de los casos corresponden a hemorragias altas y el 17 % a bajas; además, el 63 % de los pacientes eran hombres y el 66 % tenía más de 60 años. Las causas más comunes de HDA fueron: úlcera duodenal (24,5 %), úlcera gástrica (19,8 %) y várices esofagogástricas (15 %). En cuanto a la hemorragia digestiva baja, la enfermedad diverticular colónica fue la causa principal. La tasa de mortalidad en dicha unidad especializada fue del 3 %, asociada principalmente al volumen de sangrado, la presencia de hematemesis y enfermedades hepáticas crónicas como la cirrosis (4).

2.1.3. Presentación clínica

La manifestación clínica de la hemorragia digestiva alta (HDA) puede variar, por lo que es fundamental una evaluación adecuada que incluya una descripción detallada

del sangrado por parte del paciente y un examen físico completo. La hematemesis se refiere al vómito de sangre fresca o en forma de coágulos, mientras que el llamado “poso de café” describe contenido gástrico con sangre digerida de color oscuro. La melena se presenta como deposiciones negras, pegajosas, con aspecto alquitranado y olor fétido. Por otro lado, la hematoquecia, caracterizada por la expulsión de sangre roja brillante o coágulos en las heces, suele asociarse a sangrado digestivo bajo, aunque también puede aparecer en casos graves de HDA (5).

En casos de sangrado severo, los pacientes pueden presentar hipotensión ortostática o síncope debido a la inestabilidad hemodinámica. Durante el examen físico, es fundamental evaluar la sensibilidad abdominal, el rebote o la defensa, ya que estos signos podrían indicar una perforación gastrointestinal. Además, se debe buscar evidencia de hepatopatía crónica, como eritema palmar, angiomas aracniformes, ginecomastia, ictericia o ascitis ya que estos hallazgos pueden orientar hacia una causa variceal del sangrado (5).

2.2. Cirrosis hepática

La cirrosis hepática representa el estadio final de una gran parte de las enfermedades crónicas del hígado y es actualmente una causa frecuente de morbilidad y mortalidad en todo el mundo (6).

Desde el punto de vista clínico, la cirrosis hepática se presenta en dos fases. La primera, conocida como cirrosis compensada, es asintomática y se caracteriza por la ausencia de complicaciones. La segunda fase, llamada cirrosis descompensada, se manifiesta con síntomas y complicaciones recurrentes que deterioran significativamente la calidad de vida del paciente (6).

La cirrosis se desarrolla como resultado de una inflamación hepática crónica que progresa hacia una fibrosis difusa, donde la estructura normal del hígado es sustituida por nódulos

regenerativos, lo que finalmente deriva en insuficiencia hepática. No todos los pacientes con inflamación crónica desarrollan cirrosis, y su evolución puede ser rápida como en casos de obstrucción biliar o lenta, como ocurre en la hepatitis C. La etapa inicial, compensada y sin síntomas, puede dar paso a una fase descompensada más breve pero severa, caracterizada por múltiples complicaciones, hospitalizaciones frecuentes, deterioro de la calidad de vida y alta mortalidad si no se realiza un trasplante hepático (7). La cirrosis hepática es una de las principales causas de morbilidad a nivel global. Su impacto clínico se debe, en gran medida, a la aparición de complicaciones como ascitis, encefalopatía hepática, infecciones bacterianas, hemorragia digestiva y hepatocarcinoma (6).

2.2.1. Epidemiología

La cirrosis hepática es responsable del 2,4 % de las muertes a nivel mundial, con cerca de dos millones de fallecimientos cada año, lo que la posiciona entre las diez principales causas de mortalidad global (8).

Se estima que la enfermedad hepática causa aproximadamente dos millones de muertes anuales en el mundo: un millón por cirrosis y otro millón por hepatitis viral y carcinoma hepatocelular. Más del 60 % de estas muertes afectan a hombres. La cirrosis es la undécima causa más frecuente de muerte global, la tercera entre personas de 45 a 64 años, y junto con el cáncer hepático representa el 3,5 % de todas las muertes a nivel mundial. Las tasas de mortalidad estandarizadas por edad son más elevadas en Egipto, debido a la alta prevalencia de hepatitis B y C, y más bajas en Singapur. Además, la cirrosis es la séptima causa más importante de años de vida perdidos por discapacidad en adultos entre 50 y 74 años, la duodécima entre los 25 y 49 años, y ocupa el decimoquinto lugar en todas las edades.

Las principales causas de cirrosis a nivel mundial incluyen la enfermedad hepática asociada al alcohol, la enfermedad del hígado graso no alcohólico (relacionada con alteraciones metabólicas) y las hepatitis virales crónicas B y C. De los aproximadamente 2 mil millones de personas que consumen alcohol, más de 75 millones presentan un consumo nocivo que los expone al riesgo de desarrollar daño hepático. Asimismo, cerca de 2 mil millones de adultos con sobrepeso u obesidad y unos 400 millones con diabetes también están en riesgo de desarrollar hígado graso no alcohólico. Se proyecta que ambas enfermedades, la relacionada con el alcohol y la metabólica, incrementarán su carga global en las próximas décadas (9).

La disponibilidad de datos específicos sobre mortalidad por causas hepáticas sigue siendo limitada en muchas zonas con alta carga de estas enfermedades, especialmente en África. En el año 2017, se estimó que, entre los hombres con cirrosis, el 31,5 % de las muertes se asociaron a hepatitis B, el 25,5 % a hepatitis C, el 27,3 % a enfermedad hepática alcohólica, el 7,7 % a esteatohepatitis no alcohólica, y el 8 % a otras causas. En las mujeres, la proporción de muertes por hepatitis B (24 %) y por enfermedad hepática por alcohol (20,6 %) fue menor; sin embargo, los porcentajes vinculados a hepatitis C (26,7 %), hígado graso no alcohólico (11,3 %) y otras causas (17,3 %) fueron más elevados (9).

La evaluación de la fibrosis hepática es fundamental para detectar a los pacientes con riesgo de desarrollar cirrosis. Esta condición se clasifica en cuatro estadios según su gravedad, siendo los estadios 3 y 4 los considerados como cirrosis. Estos últimos están estrechamente relacionados con un mayor riesgo de complicaciones hepáticas y mortalidad, por lo que representan un punto crítico para intervenir de manera oportuna y evitar su progresión.

2.2.2. Etiología de cirrosis hepática

La cirrosis continúa representando una carga significativa a nivel global, principalmente por el subdiagnóstico y la falta de tratamiento adecuado de las enfermedades hepáticas crónicas. Se proyecta un incremento tanto en los casos de cirrosis descompensada como en la mortalidad asociada durante los próximos años. Por ello, es fundamental aumentar los recursos destinados a la prevención primaria, al diagnóstico temprano y al acceso oportuno a la atención médica especializada, con el fin de reducir su impacto global (9).

Una de las principales causas asociada al desarrollo de la cirrosis hepática, es el tipo viral, siendo la infección por virus de la hepatitis B (VHB) y el virus de la hepatitis C (VHC) siendo este último la principal causa de muerte mundial relacionada a la cirrosis. A pesar de la disponibilidad de terapias antivirales eficaces para la infección por el VHC y el VHB, la mayoría de los países no están en vías de cumplir los objetivos de la OMS para la eliminación de las hepatitis virales.

La enfermedad hepática relacionada con el consumo de alcohol predomina en regiones como Europa y América, constituyendo la segunda causa de mortalidad atribuida a la cirrosis. A pesar de ello, el consumo global de alcohol continúa en aumento, lo que resalta la necesidad de implementar políticas nacionales enfocadas en reducir el impacto de la cirrosis alcohólica. Por otro lado, la carga mundial de cirrosis vinculada a la enfermedad del hígado graso no alcohólico (NAFLD) ha mostrado un crecimiento significativo en la última década. Actualmente, esta condición es referida como enfermedad hepática grasa asociada al metabolismo (MAFLD), la cual se caracteriza por la presencia de esteatosis hepática en individuos con obesidad, diabetes mellitus tipo 2 u otros factores relacionados con disfunción metabólica. Se prevé un incremento continuo de su prevalencia debido al aumento

de personas con múltiples causas de daño hepático, así como por los cambios en el estilo de vida y hábitos alimentarios (9).

2.2.3. Diagnóstico de cirrosis hepática

El enfoque diagnóstico en pacientes con sospecha de cirrosis varía según el estadio en que se encuentre la enfermedad. En aquellos con cirrosis compensada, la evaluación se orienta a determinar el grado de fibrosis hepática, identificar signos de hipertensión portal y establecer la etiología subyacente. Estos elementos son fundamentales, ya que se correlacionan estrechamente con el riesgo de progresión de la enfermedad y el desarrollo de complicaciones, además de ser determinantes para definir la frecuencia y el tipo de seguimiento clínico requerido.

La fibrosis hepática debe evaluarse para detectar oportunamente a los pacientes con riesgo de cirrosis. Esta se clasifica en cuatro estadios progresivos, siendo los estadios 3 y 4 indicativos de cirrosis establecida. Estos grados avanzados se correlacionan fuertemente con un mayor riesgo de complicaciones y mortalidad, por lo que representan un momento clave para intervenir y prevenir la progresión de la enfermedad hepática. (10).

Aunque la biopsia hepática sigue siendo el método de referencia para evaluar la fibrosis, su uso actual se limita principalmente a identificar la etiología de la enfermedad hepática en casos específicos, más que a estadificar la fibrosis. Herramientas como las pruebas bioquímicas estándar y la ecografía convencional muestran baja precisión diagnóstica, por lo que no se recomiendan para este fin. En su lugar, se emplean paneles no invasivos como el índice de fibrosis-4 (FIB-4), el NAFLD Fibrosis Score y el FibroTest, útiles como pruebas de tamizaje inicial en atención primaria. También se dispone de métodos más específicos como la elastografía hepática, que evalúa la rigidez del tejido y se correlaciona con el grado

de fibrosis, siempre que no existan factores confusos como inflamación activa, colestasis u obstrucción venosa. La elastografía transitoria, por su accesibilidad y utilidad clínica, es la técnica preferida, aunque su disponibilidad es limitada en niveles primarios de atención. Otras variantes incluyen la elastografía por onda transversal (puntual o bidimensional), y la resonancia magnética, esta última con mayor precisión, aunque con menor accesibilidad y mayor costo (7).

2.2.4. Morbilidad y mortalidad asociada a cirrosis hepática

La anemia hemorrágica está presente en más de la mitad de los casos, aunque la prevalencia específica de anemia en la hemorragia variceal aguda (HVA) aún no ha sido suficientemente estudiada de manera sistemática. Es importante destacar que la anemia es una condición frecuente en pacientes con cirrosis, incluso en ausencia de HVA. Diversos factores contribuyen a su aparición, incluyendo la gastropatía hipertensiva portal, la mayor prevalencia de úlcera duodenal y sus complicaciones hemorrágicas, déficits nutricionales, hiperesplenismo secundario a la hipertensión portal, y el efecto mielosupresor del alcohol.

El choque hipovolémico se caracteriza por una rápida depleción del volumen intravascular, lo que compromete la perfusión tisular y la entrega de oxígeno, desencadenando una emergencia vital. Esta condición es comúnmente causada por sangrados severos del tracto gastrointestinal superior, como la hemorragia por rotura de várices esofágicas o gástricas, y sangrado de úlceras. Los signos clínicos distintivos abarcan la ansiedad, la palidez, la diaforesis, la taquipnea, la alteración del estado mental, la oliguria y la hipotensión. La prioridad terapéutica es la estabilización inmediata mediante el control de la hemorragia

La encefalopatía hepática es un trastorno neuropsiquiátrico asociado a la acumulación de compuestos neurotóxicos en la circulación sistémica, como

consecuencia de una disfunción hepática. Su diagnóstico es clínico y de exclusión. Esta condición abarca un amplio espectro de manifestaciones, que van desde alteraciones cognitivas leves hasta estados de confusión profunda, cambios en la conducta, desorientación, somnolencia y coma. Comúnmente se desencadena por factores como infecciones, alteraciones hidroelectrolíticas o hemorragias gastrointestinales, y puede observarse tanto en enfermedades hepáticas agudas como crónicas, así como en presencia de derivaciones portosistémicas adquiridas o congénitas. El abordaje diagnóstico incluye la evaluación clínica detallada, la exclusión de otras etiologías y, en casos seleccionados, estudios de neuroimagen. El tratamiento se orienta a la corrección de los factores precipitantes, el soporte clínico general y la disminución de los niveles de amonio, mediante el uso de lactulosa, rifaximina u otras opciones terapéuticas (11).

La ascitis es el evento de descompensación más común. La alta proporción de ascitis en nuestro estudio puede reflejar la alta proporción de cirrosis hepática avanzada como un factor crucial para HVA. Aun así, debido a los datos retrospectivos, esto sigue siendo especulativo ya que no pudimos discriminar la proporción de ascitis preexistente frente a ascitis secundaria después de HVA y el estadio de cirrosis hepática a través de la clasificación de Child-Pugh o la puntuación MELD.

En cuanto a la mortalidad intrahospitalaria, la HVA sigue siendo una de las complicaciones más graves y potencialmente mortales en pacientes con cirrosis. En general, la tasa de mortalidad intrahospitalaria en dicho estudio fue del 18,6%, con más de 12.000 muertes relacionadas con la HVA.

2.3. Hipertensión portal

En estadios avanzados, la cirrosis puede generar hipertensión portal significativa, la cual es responsable de múltiples complicaciones clínicas, como la formación de várices y la

aparición de ascitis. Las várices pueden desarrollarse en distintos segmentos del tubo digestivo, así como en regiones extraintestinales donde la vena porta establece comunicación con el sistema venoso sistémico. No obstante, las localizaciones más comunes y clínicamente relevantes son las várices esofágicas, gástricas (incluyendo fúndicas), o la coexistencia de ambas (12).

Desde el punto de vista clínico, la cirrosis se clasifica en dos fases: compensada y descompensada. Esta última se caracteriza por la aparición de complicaciones evidentes relacionadas con la hipertensión portal, como ascitis, hemorragia por várices o encefalopatía hepática. En pacientes con cirrosis compensada, la mediana de supervivencia puede superar los 12 años; sin embargo, tras la aparición del primer evento descompensante, este pronóstico se reduce drásticamente a menos de 1,5 años (13).

La descompensación en pacientes con cirrosis suele presentarse cuando el gradiente de presión venosa hepática alcanza o supera los 10 mmHg, valor que define la hipertensión portal clínicamente significativa (HPCS). La detección de várices gastroesofágicas mediante endoscopia o de colaterales portosistémicas en estudios de imagen también constituye un marcador indirecto de HPCS. Dada su relevancia pronóstica, se recomienda clasificar a los pacientes con cirrosis compensada según la presencia o ausencia de HPCS, idealmente a través de métodos no invasivos durante la evaluación clínica (13).

Las varices gastroesofágicas se observan en cerca del 50% de los pacientes con cirrosis. Su prevalencia varía según el estadio clínico: entre un 30% y 40% en casos compensados y hasta un 85% en aquellos con cirrosis descompensada. El riesgo de hemorragia varicosa se encuentra influenciado por factores como la magnitud de la disfunción hepática y el calibre de las varices (14).

En condiciones normales, la presión portal está determinada por el volumen del flujo esplácnico hacia el hígado y la resistencia vascular intrahepática. Esta presión se mide

como el gradiente porto-cava, que representa la diferencia entre la presión de la vena porta y la de la vena cava inferior, lo cual permite eliminar la influencia de variaciones en la presión intraabdominal. En individuos sanos, este gradiente varía entre 1 y 5 mmHg, considerándose hipertensión portal en casos de cirrosis cuando supera los 5 mmHg (15). En la cirrosis hepática, la resistencia vascular intrahepática se incrementa debido a la distorsión estructural de los sinusoides y a un desequilibrio entre factores vasodilatadores y vasoconstrictores, destacando la disminución del óxido nítrico (NO) y el aumento de endotelina. Este incremento en la resistencia, junto con un mayor flujo esplácnico, eleva la presión portal. A su vez, esta hipertensión estimula la vasodilatación esplácnica y la angiogénesis, procesos en los que el NO tiene un papel clave. Como consecuencia, se desarrollan colaterales portosistémicas que favorecen la aparición de várices y ascitis (15).

2.4. Varices esofágicas

Las varices esofágicas son dilataciones de las venas submucosas en la porción distal del esófago, que actúan como vías colaterales entre la circulación portal y la sistémica. Su aparición es consecuencia directa de la hipertensión portal, la cual suele originarse por cirrosis y se caracteriza por un aumento de la resistencia y del flujo venoso portal. La ruptura de estas varices representa la complicación más grave y potencialmente letal de la cirrosis. Además, la presencia y tamaño de las varices están directamente relacionados con la severidad del daño hepático y el riesgo de hemorragia (16).

Aproximadamente el 30% de los pacientes con cirrosis presentan varices esofágicas al momento del diagnóstico, y esta prevalencia puede alcanzar hasta el 90% en el transcurso de una década. La ruptura de estas varices constituye una de las complicaciones más graves y con mayor mortalidad en el contexto de la cirrosis hepática (17).

El abordaje terapéutico de las varices esofágicas se estructura en tres fases: prevención primaria, control de la hemorragia aguda y prevención secundaria. Cada una de estas etapas contempla opciones farmacológicas, endoscópicas y radiológicas como parte del tratamiento integral (18).

2.5. Hemorragia digestiva alta variceal

La hemorragia aguda por varices (BAV) constituye una complicación grave y potencialmente letal de la hipertensión portal clínicamente significativa, siendo además una causa frecuente de sangrado digestivo alto. Las varices esofagogástricas representan una carga relevante tanto para los sistemas de salud como para la economía. En pacientes con hepatopatía crónica avanzada, la endoscopia digestiva alta es el método habitual para su detección. No obstante, este procedimiento no se recomienda en individuos con rigidez hepática inferior a 20 kPa y un recuento plaquetario superior a $150 \times 10^9/L$, debido a la baja probabilidad de presencia de varices de alto riesgo (19). En pacientes con várices de alto riesgo, se recomienda la profilaxis primaria mediante betabloqueadores no selectivos o ligadura endoscópica con bandas. Ante un episodio de sangrado agudo por várices (BAV), se debe realizar una endoscopia digestiva alta dentro de las primeras 12 horas tras la estabilización hemodinámica; si el paciente permanece inestable, el procedimiento debe efectuarse con la mayor prontitud posible. En situaciones de sospecha de sangrado variceal, se aconseja iniciar de forma temprana la administración de agentes vasoactivos en conjunto con intervención endoscópica. En los casos de hemorragia refractaria, el uso temporal de dispositivos como el balón de taponamiento o los stents esofágicos autoexpandibles puede considerarse como medida transitoria hasta la implementación de una terapia definitiva, como la derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS). El presente trabajo tiene como finalidad presentar una revisión detallada de las recomendaciones de guías

internacionales, junto con actualizaciones recientes en el abordaje de las várices esofagogástricas (17).

La Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal recomienda realizar una endoscopia digestiva alta en pacientes con cirrosis hepática descompensada para identificar la presencia de várices esofágicas de alto riesgo. Este procedimiento debe ser debidamente documentado e interpretado conforme a los criterios establecidos por el consenso de Baveno VI, el cual clasifica las várices esofágicas en pequeñas, medianas o grandes, y considera además la presencia o ausencia de signos de riesgo como las marcas rojas. En el caso específico de várices gastroesofágicas, se debe emplear la clasificación propuesta por Sarín para su adecuada categorización (20).

La endoscopia no solo es el Gold Standard para el diagnóstico de varices, sino también, uno de los principales métodos para el tratamiento de estas.

2.5.1. Prevención de una primera hemorragia varicosa en pacientes con cirrosis descompensada: cuándo iniciar.

Aunque en pacientes con cirrosis compensada la presencia de várices ha perdido peso en la toma de decisiones terapéuticas, en aquellos con cirrosis descompensada la endoscopia digestiva alta continúa siendo una herramienta diagnóstica fundamental. En este contexto, las várices pequeñas presentan un riesgo hemorrágico comparable al de várices grandes en la fase compensada. Por ello, el consenso de Baveno VII sugiere el uso de betabloqueadores no selectivos (BBNS) como medida preventiva frente a la primera hemorragia variceal en pacientes con ascitis, independientemente del tamaño de las várices. Entre estos fármacos, el carvedilol es preferido por su mayor eficacia en la reducción de la presión portal y su facilidad de ajuste en la dosificación (19).

2.5.2. Tratamiento de HDA variceal

La identificación oportuna de várices gastroesofágicas es crucial para prevenir episodios de hemorragia digestiva alta, siendo la endoscopia gastrointestinal superior el procedimiento estándar tanto para su diagnóstico como para su manejo terapéutico. En unidades especializadas, este examen se realiza de forma sistemática con propósitos de tamizaje y tratamiento tras un evento hemorrágico, en particular en pacientes con cirrosis hepática o hipertensión portal ya diagnosticadas. Sin embargo, en escenarios con recursos limitados, la indicación de endoscopías para la detección de várices asintomáticas debe considerarse con criterio selectivo y justificado (21).

Las evaluaciones iniciales de laboratorio deben incluir:

- Se debe solicitar un hemograma completo con el fin de determinar los niveles actuales de hemoglobina, hematocrito y plaquetas.
- Un volumen corpuscular medio disminuido puede ser indicativo de una pérdida sanguínea crónica y de anemia por deficiencia de hierro.
- Es necesario realizar pruebas sanguíneas adicionales. En particular, una relación nitrógeno ureico en sangre/creatinina mayor a 30 sugiere una hemorragia gastrointestinal alta. Asimismo, estos parámetros deben analizarse de forma individual para descartar otras posibles complicaciones, como el síndrome hepatorenal.
- También es indispensable llevar a cabo un perfil de coagulación, incluyendo el índice internacional normalizado (INR), sobre todo en pacientes con alteraciones hepáticas o que reciben tratamiento anticoagulante.
- La solicitud de un perfil hepático es clave para determinar la severidad de la patología hepática. Con el conocimiento de la función hepática, es

posible elegir el tratamiento más adecuado, ajustar las dosis farmacológicas, estimar el pronóstico, prever la evolución clínica y anticipar el riesgo de complicaciones.

2.5.3. Estratificación de riesgo

Actualmente, se dispone de múltiples escalas de puntuación destinadas a la evaluación de pacientes con hemorragia digestiva alta (HDA), cuyo propósito es predecir los posibles desenlaces clínicos. Entre las más reconocidas se encuentran el índice de Rockall, la escala Glasgow-Blatchford (GBS) y la puntuación AIMS65. En el Hospital Honorio Delgado Espinoza, sede del presente estudio, la herramienta más empleada para estimar el riesgo de sangrado es el GBS (22).

Si bien diversos estudios han realizado comparaciones entre las distintas escalas, las guías internacionales reconocen al Glasgow-Blatchford Score (GBS) como la herramienta más precisa para anticipar la necesidad de intervenciones terapéuticas tales como transfusiones, tratamientos endoscópicos o quirúrgicos, así como para evaluar el riesgo de resangrado y mortalidad. Esto se debe a su elevada sensibilidad, cercana al 99%, para identificar pacientes con alto riesgo clínico (23).

El Glasgow-Blatchford Score (GBS) se basa en variables clínicas y analíticas, lo que facilita su utilización previa a la realización de una endoscopia, convirtiéndolo en una herramienta particularmente útil en el contexto de los servicios de urgencias. Los pacientes que obtienen una puntuación igual o inferior a 1 son candidatos a manejo ambulatorio, ya que presentan una baja probabilidad de requerir intervenciones terapéuticas. Este subgrupo constituye cerca del 20% de los casos de hemorragia digestiva alta (HDA) que se atienden en emergencias (23).

En situaciones de hemorragia variceal aguda en pacientes con cirrosis hepática en estado descompensado, se recomienda el uso de sistemas de puntuación validados

que permiten estimar la gravedad de la enfermedad hepática subyacente. Estas herramientas son útiles para predecir desenlaces clínicos relevantes, como la mortalidad a seis semanas, el riesgo de resangrado, la probabilidad de pérdida del control hemostático y la recurrencia del sangrado en los primeros cinco días posteriores a la endoscopia inicial.

La identificación de marcadores no invasivos, sensibles y específicos para la detección de várices esofágicas y eventos hemorrágicos representa un campo de investigación activo. Actualmente, se exploran diversos parámetros clínicos y bioquímicos como potenciales criterios para determinar la necesidad de realizar una endoscopia digestiva alta en la detección de várices. Entre estos se incluyen la puntuación de Child-Turcotte-Pugh (CTP), el Modelo para la Enfermedad Hepática Terminal ajustado por sodio (MELD-Na), el índice APRI (relación AST/plaquetas), los criterios propuestos por Baveno VI, así como la relación entre el conteo plaquetario y el diámetro esplénico. Numerosos estudios respaldan la utilidad de estos indicadores como herramientas predictivas fiables para la presencia de várices esofágicas.

El sistema de puntuación Child-Pugh (también conocido como puntuación Child-Pugh-Turcotte) se diseñó para predecir la mortalidad en pacientes con cirrosis. Originalmente ideado por Child y Turcotte en 1964 para guiar la selección de pacientes que se beneficiarían de cirugía electiva para la descompresión portal, dividía a los pacientes en tres categorías:

- A: buena función hepática.
- B: función hepática moderadamente alterada.
- C: disfunción hepática avanzada.

El sistema de puntuación original se basaba en cinco parámetros clínicos y de laboratorio para estratificar a los pacientes: niveles séricos de bilirrubina y albúmina, presencia de ascitis, alteraciones neurológicas y evaluación clínica del estado nutricional. Posteriormente, Pugh y colaboradores modificaron este esquema reemplazando la valoración del estado nutricional por el tiempo de protrombina. Asimismo, se estableció una asignación de puntajes variables a cada parámetro, en función de la gravedad progresiva del deterioro:

- Encefalopatía: Ninguna = 1 punto, Grado 1 y 2 = 2 puntos, Grado 3 y 4 = 3 puntos
- Ascitis: Ninguna = 1 punto, leve = 2 puntos, moderada = 3 puntos
- Bilirrubina: menos de 2 mg/ml = 1 punto, de 2 a 3 mg/ml = 2 puntos, más de 3 mg/ml = 3 puntos
- Albúmina: mayor a 3,5 mg/ml = 1 punto, 2,8 a 3,5 mg/ml = 2 puntos, menor a 2,8 mg/ml = 3 puntos
- Tiempo de protrombina (PT) (seg prolongado): menos de 4 s = 1 punto, de 4 a 6 s = 2 puntos, más de 6 s = 3 puntos

Con frecuencia, se utilizará INR como sustituto de PT, con INR menor a 1,7 = 1 punto, INR de 1,7 a 2,2 = 2 puntos, INR mayor a 2,2 = 3 puntos

La gravedad de la cirrosis:

- Child-Pugh A: 5 a 6 puntos
- Child-Pugh B: 7 a 9 puntos
- Child-Pugh C: 10 a 15 puntos (24)

El modelo MELD se fundamenta en parámetros clínicos simples y confiables, características esenciales para el desarrollo de herramientas pronósticas con aplicabilidad clínica. Este modelo se ha adoptado globalmente para la estimación de

desenlaces en pacientes con cirrosis hepática. Es importante señalar que la inclusión de variables asociadas a la severidad del sangrado las cuales, además, carecen de una definición estandarizada no aportó un valor predictivo adicional al modelo basado en MELD.

El desempeño del modelo basado en MELD fue sobresaliente, evidenciando una alta concordancia entre las tasas de mortalidad predichas y las observadas a las seis semanas en todo el rango de severidad de la enfermedad hepática. De manera destacable, los puntos de corte propuestos para clasificar el riesgo como bajo o alto (puntajes MELD de 11 y 19, respectivamente) demostraron un ajuste casi exacto con las tasas de mortalidad empíricas del 5% y 20%, lo que respalda su utilidad pronóstica en la práctica clínica (25).

Recomienda las siguientes definiciones de estratificación de riesgo:

- Los pacientes con Child-Pugh A o Child-Pugh B sin sangrado activo en la endoscopia. gastrointestinal superior o MELD < 11 puntos tienen un riesgo bajo de un pronóstico desfavorable.
- Los pacientes con Child-Pugh B con sangrado activo en la endoscopia gastrointestinal. superior a pesar de los agentes vasoactivos o Child-Pugh C tienen un alto riesgo de un pronóstico desfavorable.
- Los pacientes con MELD \geq 19 puntos se consideran de alto riesgo de presentar un pronóstico desfavorable (21).

2.5.4. Reanimación hemodinámica

En pacientes con sospecha de hemorragia digestiva alta variceal aguda, se recomienda realizar una evaluación inmediata del estado hemodinámico. Ante signos de inestabilidad, debe iniciarse una reposición rápida pero prudente del volumen intravascular, preferentemente con soluciones cristaloides, con el objetivo de

restaurar la perfusión tisular sin provocar una sobrecarga de volumen. Los principales objetivos de la reanimación hemodinámica incluyen corregir la hipovolemia, asegurar una adecuada perfusión tisular y prevenir el desarrollo de disfunción multiorgánica. La evidencia indica que una reanimación hemodinámica intensiva y precoz en pacientes con hemorragia gastrointestinal aguda puede reducir de manera significativa la mortalidad.

2.5.5. Tratamiento endoscópico

En pacientes con hemorragia digestiva alta variceal aguda, el momento óptimo de la endoscopia gastrointestinal superior aún es controvertido, ya que la mayoría de los estudios publicados hasta la fecha han sido de naturaleza observacional, tienen definiciones dispares de endoscopia "temprana" y "tardía" y conclusiones de los estudios, lo que significa que hay una falta de evidencia de alto nivel en la que basar las recomendaciones de las guías.

Sin embargo, la Guía de la Sociedad Europea de endoscopia gastrointestinal recomienda lo siguiente:

- En pacientes con sospecha de hemorragia varicosa, la evaluación endoscópica se realice dentro de las 12 horas desde el momento de la presentación del paciente, siempre que el paciente haya sido reanimado hemodinámicamente.
- Recomienda además que el momento de la endoscopia gastrointestinal superior en pacientes con sospecha de hemorragia varicosa aguda no esté influenciado por el nivel de INR en el momento de la presentación del paciente.

La Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE) sugiere que, en pacientes que no pueden recibir tratamiento con betabloqueadores no selectivos y

cuya endoscopia digestiva alta revela la presencia de várices esofágicas de alto riesgo, la ligadura endoscópica con banda constituye la estrategia profiláctica de elección. Este procedimiento debe repetirse en intervalos de 2 a 4 semanas hasta lograr la erradicación completa de las várices. Una vez alcanzada dicha erradicación, se recomienda llevar a cabo endoscopías de vigilancia cada 3 a 6 meses durante el primer año posterior al tratamiento (26).

La profilaxis primaria está ampliamente indicada en pacientes con cirrosis hepática descompensada que presentan várices esofágicas de alto riesgo. Tanto el uso de betabloqueadores no selectivos como la ligadura endoscópica con banda han demostrado eficacia en la reducción significativa del riesgo de un primer episodio de hemorragia variceal.

En pacientes que no son candidatos para recibir betabloqueadores no selectivos y cuya endoscopia digestiva alta de detección no evidencia várices de alto riesgo, se recomienda realizar controles endoscópicos periódicos. La frecuencia de estas endoscopías debe ajustarse en función de la actividad de la enfermedad hepática: cada 2 años en caso de hepatopatía activa y cada 3 años si la enfermedad subyacente se encuentra en fase inactiva.

En situaciones de hemorragia variceal esofágica persistente a pesar del uso de agentes vasoactivos y de la intervención endoscópica para lograr la hemostasia, debe considerarse la implementación de una derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS). Alternativamente, cuando esta opción no se encuentra inmediatamente disponible, puede recurrirse al taponamiento con balón mediante el uso de sondas específicas como el tubo de Sengstaken-Blakemore o el de Minnesota, actuando como una medida de rescate en contextos de urgencia (27).

3. Análisis de antecedentes investigativos:

3.1. Internacionales

Autor: Alexander Mertens, Tobias Essing, Anselm Kunstein, Christian Weigel, Johannes Bode, Christoph Roderburg, Tom Luedde, Jennis Kandler, Sven H Loosen.

Título: Hemorragia varicosa aguda en Alemania: un estudio nacional de 65.357 casos hospitalizados.

Resumen: Se incluyeron en el análisis un total de 65.357 casos de hemorragia varicosa aguda, predominantemente varones (68,3%). La tasa de incidencia anual (casos de hospitalización por cada 100.000 personas) fue de 8,9. La mortalidad hospitalaria fue del 18,6%. La enfermedad subyacente más frecuente fue la cirrosis hepática relacionada con el alcohol (60,6%). La complicación clínica más frecuente fue la anemia hemorrágica (60,1%), mientras que el shock hipovolémico (12,8%) fue el menos frecuente. En la hemorragia por varices esofágicas (EVH), la ligadura endoscópica de varices (EVL) fue la terapia endoscópica realizada con mayor frecuencia, mientras que en la hemorragia por varices gástricas (GVH), la EST y la inyección de pegamento de fibrina fueron las terapias realizadas con mayor frecuencia. La EVL mostró la mortalidad hospitalaria más baja (12,3%) en EVH, mientras que la escleroterapia endoscópica (EST) mostró resultados favorables (14% de mortalidad hospitalaria) en GVH. En general, las terapias combinadas mostraron una mayor mortalidad hospitalaria y fueron más frecuentes en pacientes con GVH. La presencia de shock hipovolémico, insuficiencia renal aguda (IRA), sepsis, ventilación artificial, SDRA, anemia hemorrágica, encefalopatía hepática y el sexo masculino se asoció con un pronóstico significativamente peor (28).

Autor: Iulia Rațiu, Raluca Lupușoru, Alina Popescu, Ioan Sporea, Adrian Goldiș, Mirela Dănilă, Bogdan Miuțescu, Tudor Moga, Andreea Barbulescu, Roxana Șirli.

Título: Sangrado gastrointestinal agudo: una comparación entre sangrado gastrointestinal varicoso y no varicoso.

Resumen: La hemorragia digestiva alta aguda (HDA) es una emergencia médica típica, con una incidencia de 84 a 160 casos por cada 100.000 personas y una tasa de mortalidad de aproximadamente el 10%. Este estudio tuvo como objetivo identificar todos los casos de HDA hospitalizados en un departamento terciario de gastroenterología en Rumania, para identificar posibles factores predictivos involucrados en el resangrado y la mortalidad, posibles asociaciones entre diferentes elementos y la gravedad del sangrado, y las diferencias entre la hemorragia digestiva alta debido a sangrado no variceal y sangrado variceal. Este fue un estudio observacional, retrospectivo de pacientes con HDA ingresados en el Departamento terciario de Gastroenterología entre enero de 2013 y diciembre de 2020. Un total de 1499 pacientes fueron incluidos en el estudio. Mil cuatrocientos noventa y nueve pacientes fueron hospitalizados durante 7 años con hemorragia digestiva alta activa, 504 sangrado variceal y 995 sangrado no variceal. Al comparar la hemorragia varicosa con la no varicosa, en esta última se observó una mayor edad media, sexo similar, mayor tasa de mortalidad, mayor tasa de resangrado y mayor tasa de shock hemorrágico. El tratamiento endoscópico también se realizó con mayor frecuencia en la hemorragia varicosa que en la no varicosa. La anemia grave se observó con mayor frecuencia en pacientes con hemorragia varicosa. La tasa de mortalidad fue del 10% en todo el grupo de estudio, sin diferencias significativas entre los dos grupos. Sin embargo, la tasa de resangrado es mayor en pacientes con hemorragia gastrointestinal varicosa (29).

3.2. Nacionales

Autor: Rodríguez Portal, Stefany Cristina.

Título: Factores de riesgo para la aparición del primer sangrado por varices esofágicas en pacientes cirróticos.

Resumen: Estudio realizado en Trujillo. El sangrado variceal agudo (AVB) es una complicación severa de la hipertensión portal, estrechamente asociado con la presencia de várices esofágicas. Objetivo: Determinar los factores de riesgo para la aparición del primer episodio de hemorragia debido a várices esofágicas en individuos con cirrosis. Metodología: Estudio aplicativo, no experimental de casos y controles, con una población de 155 pacientes con várices esofágicas que fueron analizados en dos grupos tanto como casos los que estuvieron expuestos a factores de riesgo y controles conformada por lo que no estuvieron expuestos, cuya información se obtuvo en una ficha de recolección de datos validados por expertos. Resultados: Se determinó que grado de várices esofágicas el OR de 12.00 para el grado 3 (19 sangrados) es muy alto, con un intervalo de confianza (IC) que indica una fuerte asociación con el sangrado (IC 5.13 - 28.05, $p = 0.00$). Esto sugiere que las várices grado 3 son un factor de riesgo importante para el primer episodio de sangrado. Conclusión: El grado de várices esofágicas es el factor más determinante para el primer episodio de sangrado, mientras que el consumo de alcohol también mostró tener impacto, la clasificación Child-Pugh y la encefalopatía hepática no muestran una asociación clara con el sangrado (30).

Autor: Pérez Condori, Luis Yasser; Alvarado Malca, Arnold Esthif.

Título: Generación de un test predictivo para el diagnóstico de la etiología de la hemorragia digestiva alta.

Resumen: Estudio de cohorte retrospectivo. Se revisó historias clínicas de pacientes mayores de 18 años con HDA que acudieron al servicio de emergencia del Hospital Cayetano Heredia (HCH) de Lima-Perú entre el 2019 a 2022, se recolectaron datos demográficos, de laboratorio y clínicos; posteriormente, se identificaron variables

predictivas mediante regresión logística, y, se les asignó un puntaje a las que predicen con mayor probabilidad la Hemorragia digestiva alta variceal (HDAV), para construir una escala predictiva. Resultados: Se incluyeron 197 historias clínicas de pacientes con HDA, de los cuales 127 pacientes (64%) tuvieron sangrado de causa no variceal, y, 70 (36%), variceal. Se identificaron 4 factores predictivos independientes: hematemesis (vómito rojo) (OR: 4.192, IC 95%: 1.586-11.082), recuento de plaquetas (OR: 3.786, IC 95%: 1.324-10.826), antecedente de HDA (OR: 2.634, IC 95%: 1.017-6.820), signos de enfermedad hepática crónica (OR: 11.244, IC 95%: 3.067-35.047), con los que se construyó una escala predictiva, con un punto de corte >7 y ≤ 7 ; que mostraron una sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo, cociente de probabilidad positivo, y, negativo de 58.6%, 90.6%, 77.4%, 79.9%, 6.20, y 0.46 respectivamente. Conclusiones: La escala predictiva con un punto de corte >7 es útil para predecir la presencia de la HDAV en pacientes que acuden a la emergencia por HDA (31).

3.3. Local

Autor: Mirella Paredes; Allison Carbajal.

Título: Características epidemiológicas, hallazgos endoscópicos y manejo en pacientes con hemorragia digestiva alta en la clínica Arequipa, Arequipa 2013 – 2021.

Resumen: El objetivo del estudio fue describir las características epidemiológicas, endoscópicas y manejo de la hemorragia digestiva alta en pacientes que asisten a la Clínica Arequipa 2013 - 2021. Se realizó un trabajo de investigación cuantitativo, descriptivo – analítico, observacional de corte transversal. La población de estudio comprendió 180 pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta que cumplieron con los criterios de selección. Resultados: el 27.2% de pacientes presentaron hipertensión arterial, seguido del 19.4% con cirrosis, el 7.8% son obesos, mientras que el 10.6% de los pacientes con Hemorragia digestiva alta presentaron enfermedad reumática. El 41.7% de

los pacientes consumen medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES), el 29.4% de pacientes consumen paracetamol, el 11.7% ibuprofeno, seguido del 21.7% de pacientes que consumen diclofenaco, y el 23.3% salicilatos. El 100% de los pacientes con HDA se les realizó endoscopia diagnóstica, el 71.7% presentaron úlcera péptica, el 16.1% tienen varices esofágicas, solo el 8.3% tuvieron Síndrome de Mallory Weiss, mientras que el 30.6% presentaron otros hallazgos endoscópicos asociados al hallazgo actual. El 55.8% presentaron lesión ulcerada de grado III, el 14.7% presentaron lesión IIC, seguido del 10.9% de pacientes con lesión ulcerada IIA, mientras que el 10.9% 6.2% y 1.6% corresponden a lesiones IIB, IB y IA respectivamente. Al 18.9% de los pacientes con Hemorragia digestiva alta se les administró Inhibidores de la bomba de protones cada 24 horas, al 70.6% de pacientes se les administró IBP cada 12 horas, y al 42.2% se les administró IBP en infusión continua, mientras que al 18.9% de los pacientes se les realizó transfusión sanguínea (32).

Autor: Nuñez Del Prado Lazo, Piero Abelardo.

Título: Utilidad del índice recuento plaquetario / diámetro esplénico, como predictor de várices esofágicas en pacientes con cirrosis hepática en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante el periodo enero 2018 - diciembre 2020.

Resumen: Determinar la utilidad del índice recuento plaquetario/ diámetro esplénico como predictor de varices esofágicas en pacientes con cirrosis hepática del Hospital Honorio Delgado, durante el periodo enero 2018- diciembre 2020. Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, analítico de las historias clínicas de los pacientes con cirrosis hepática del Hospital Honorio Delgado. Se elaboró una ficha de recolección de datos adecuada para el estudio, los datos fueron ordenados y analizados con SPSS 25. Se obtuvo datos de 130 pacientes. La edad promedio fue de 58.3 años, siendo el grupo etario más frecuente el adulto con 49.2%, el sexo más frecuente fue el masculino con 58%. La

etiología más frecuente fue el alcohol con 53.8%, el tiempo de diagnóstico de la mayor parte de la población fue menor de 5 años con el 80.7%. Además, la mayoría tuvo un score Child Pugh B con el 44% seguido de C con 41%. El 73% de nuestra población tuvo várices esofágicas, de las cuales el 39% las tuvo de tamaño grande. Asimismo, el 75% de la población tuvo trombocitopenia, mientras que el 55% tuvo esplenomegalia. Finalmente, el índice recuento plaquetario/diámetro esplénico tuvo una sensibilidad de 62%, especificidad de 71%, valor predictivo positivo de 85%, valor predictivo negativo de 40%, además su área bajo la curva fue de 0.734 lo que le da una exactitud intermedia como predictor de várices esofágicas. Se concluye que el índice recuento plaquetario/diámetro esplénico predice várices esofágicas con el punto de corte 909 (33).

4. Objetivos

4.1. Objetivo general

- Determinar la relación entre las características clínicas y morbimortalidad asociada a terapia endoscópica en pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal en el servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2023-2024.

4.2. Objetivos específicos

- Describir las características clínicas prevalentes en pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.
- Identificar el tipo de tratamiento endoscópico utilizado con mayor frecuencia en los pacientes atendidos.
- Determinar la morbilidad asociada a la gravedad de la cirrosis hepática (MELD score y CHILD pugh).

- Relacionar las características clínicas con el tratamiento endoscópico en pacientes con hemorragia digestiva alta variceal.
- Identificar la asociación entre mortalidad y el tratamiento endoscópico pacientes con hemorragia digestiva alta variceal.

5. Hipótesis general

5.1. Hipótesis de Investigación (H1): Existe una relación significativa entre las características clínicas y la morbimortalidad asociada a la terapia endoscópica en pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal.

5.2. Hipótesis Nula (H0): No existe una relación significativa entre las características clínicas y la morbimortalidad asociada a la terapia endoscópica en pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal.

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL



1. Técnicas e instrumentos

1.1. Técnica:

Se realizó la recolección de datos mediante revisión documental de historias clínicas de pacientes que cuentan con los criterios de inclusión del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza registrados durante el periodo comprendido entre enero de 2023 a diciembre de 2024.

Previo dicha revisión se solicitó los permisos correspondientes al hospital y al servicio de Gastroenterología mediante mesa de partes. Finalmente se procesó los datos obtenidos.

1.2. Instrumentos:

- Informe de video endoscopia alta del área de gastroenterología.
- Ficha de recolección de datos.
- Formulario de recolección de datos.

1.3. Validación de instrumento de recolección de datos

Los datos fueron extraídos – previa aprobación institucional – de historias clínicas estandarizadas para servicios hospitalarios. Por lo que no fue preciso validar instrumentos nuevos.

1.4. Materiales de verificación

- Computadora para la aplicación de las pruebas estadísticas.
- Programa Microsoft Excel 2019.
- Esquema de Excel para recolección de datos.
- Programa SPSS 26 para análisis estadístico de los datos obtenidos.
- Ficha de recolección de datos. (Anexo N°1)
- Bases de datos para consulta de material bibliográfico.

- Turnitin (Para ir verificando la transparencia del trabajo)

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial

El estudio se realizó en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el servicio de Gastroenterología, ubicado en el distrito de Arequipa, el cual pertenece a la provincia de Arequipa, departamento de Arequipa, país Perú.

2.2. Ubicación Temporal

La ejecución del estudio se realizó en los meses de marzo y abril del año 2025.

2.3. Tipo y nivel de investigación

- **Tipo de investigación:** Observacional, descriptiva, transversal y retrospectiva.
- **Nivel de investigación:** Correlacional, explicativo.

2.4. Unidades de estudio

Historias clínicas de pacientes cirróticos diagnosticados con varices esofágicas y hemorragia digestiva alta que contaron con informe endoscópico en el Hospital Honorio Delgado Espinoza.

2.4.1. Universo

Historias clínicas de pacientes con el diagnóstico de cirrosis hepática y hemorragia digestiva alta variceal en el Hospital Honorio Delgado Espinoza durante el periodo comprendido entre enero de 2023 a diciembre de 2024.

2.4.2. Muestra

Historias clínicas de pacientes con el diagnóstico de cirrosis hepática y hemorragia digestiva alta variceal en el Hospital Honorio Delgado Espinoza durante el periodo

comprendido entre enero de 2023 a diciembre de 2024, que se adecuaron a los criterios de inclusión y exclusión del estudio.

2.4.3. Criterios de inclusión

- Historias clínicas de pacientes cirróticos con presencia de varices esofágicas detectadas mediante video endoscopia alta.
- Registros clínicos de pacientes que evidenciaron manifestaciones clínicas sugestivas de un episodio de hemorragia digestiva alta ocurridos en el año 2023-2024 en el Hospital Honorio Delgado Espinoza.
- Casos de Hemorragia digestiva alta que cuenten con informe de endoscopia digestiva alta.
- Pacientes mayores o igual a 18 años y ambos sexos.

2.4.4. Criterios de exclusión

- Historias clínicas con información incompleta con diagnóstico clínico de hemorragia digestiva alta, sin adecuado sustento clínico.
- Historias clínicas y/o registros del área de gastroenterología donde no se permite acceso de estos.
- Pacientes que no cumplen criterios de cirrosis hepática.
- Pacientes que no cuenten con endoscopia.

3. Estrategia de recolección de datos

3.1. Organización

El presente estudio representa un análisis retrospectivo de la morbimortalidad hospitalaria, las comorbilidades, las terapias endoscópicas y las características clínicas asociadas a la hemorragia digestiva alta variceal. La oficina de Estadística del Hospital regional Honorio Delgado Espinoza proporcionó los datos estandarizados de egresos

hospitalarios utilizados para los análisis entre 2023 y 2024. Debido a la completa anonimización de la información de los pacientes, no se requirió ninguna aprobación ética adicional.

La población de estudio se identificó a través del diagnóstico primario específico de la respectiva estadía hospitalaria utilizando el código CIE-10 para sangrado por várices esofágicas debido a enfermedad hepática (I85.0). Las comorbilidades se identificaron utilizando los siguientes códigos CIE: Diabetes mellitus (E8-E13), hipertensión arterial I10, enfermedad coronaria (I20-I25), enfermedad renal crónica (N18), cirrosis hepática (K74.4, K74.5 y K74.6), cirrosis hepática alcohólica (K70.3), hepatitis A aguda (B15), hepatitis B aguda (B16), hepatitis viral aguda no especificada (B17).

El estadio Child-Pugh (A-C) se identificó mediante los códigos CIE (K74.70, K74.71 y K74.72). El estadio Child-Pugh (A-C) se identificó mediante los códigos CIE (K74.70, K74.71 y K74.72). Se identificaron enfoques de tratamiento endoscópico específicos: escleroterapia de varices esofágicas, ligadura de banda de varices esofágicas.

Los pacientes con complicaciones orgánicas se identificaron mediante el siguiente diagnóstico secundario: ascitis (R18), síndrome hepatorenal (K76.7), shock hipovolémico (R57.1), anemia hemorrágica (D62), peritonitis bacteriana espontánea (K65.2).

Además, se evaluaron variables clínicas a saber, sexo, edad, signos de sangrado gástrico, servicio de hospitalización, número de casos registrados en el hospital y tratamiento realizado. La mortalidad hospitalaria se definió como la proporción de pacientes cuyo estado de alta se designó como "fallecido".

4. Análisis estadístico

La información fue estructurada en una base de datos en Excel, donde se incluyeron las variables (y sus dimensiones) a operacionalizar. Los datos fueron distribuidos en tablas para

el análisis descriptivo y correlacional. Las variables cualitativas fueron mostradas en frecuencias y porcentajes mientras las cuantitativas fueron mostradas con media y desviación estándar para las que seguían normalidad. Como pruebas estadísticas para determinar asociación de variables clínicas con la morbimortalidad de la muestra estudiada, se empleó Chi cuadrado.

5. Aspectos éticos

Este estudio retrospectivo se condujo bajo los principios éticos de la Declaración de Helsinki, las pautas CIOMS-OMS y la Ley de protección de datos personales del Perú, dado que se accedió a datos de registros médicos sin interacción directa con pacientes. Se implementaron salvaguardas como la confidencialidad estricta, los aspectos de identidad de los individuos fueron codificados numéricamente, bajo anonimato. Se contó con la aprobación institucional para acceder a la información médica. El uso de la información fue exclusivamente académico. No fue preciso consentimiento informado de los pacientes por no tratarse de un estudio directo sobre ellos.

CAPÍTULO III

RESULTADOS



TABLA N° 2

EDAD SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES CIRRÓTICOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL EN EL SEVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA

EDAD	SEXO				TOTAL	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%		
18-30	1	1.6	0	0	1	0.9
31-50	21	33.3	7	16.3	28	26.4
51-70	36	57.1	22	51.2	58	54.7
>70	5	7.9	14	32.6	19	17.9
Total	63	100	43	100	106	100

$X^2=12.307$ $P=0.006$ $P<0.05$

La **tabla1** Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=12.307$) se muestra que la edad de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal en el servicio de gastroenterología presento diferencias estadísticas significativa ($P<0.05$).

Así mismo 57.1% de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta son de sexo masculino tienen una edad de 51-70 años frente al 51.2% de los pacientes del sexo femenino.

TABLA N° 3

COMORBILIDAD DE LOS PACIENTES CIRRÓTICOS CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA VARICEAL EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA

COMORBILIDAD	N°	%
Si	22	20.8
No	84	79.2
Total	106	100

La **tabla 2** muestra 79.2% de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal no presentaron comorbilidad y sólo el 20% de los pacientes si presentaron comorbilidad.



TABLA N° 4

SIGNOS Y SINTOMAS DE LOS PACIENTES CIRRÓTICOS CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA VARICEAL EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA

SIGNOS Y SÍNTOMAS	N°	%
Melena	27	25.5
Hematemesis	29	27.4
Síncope	2	1.9
Melena + hematemesis	34	32.1
Hematemesis + Síncope	10	9.4
Más de 3 signos o síntomas	4	3.8
Total	106	100

La **tabla 3** muestra 32.1% de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal del servicio de gastroenterología presentaron Melena y hematemesis y sólo el 1.9% de los pacientes tuvieron Síncope.

TABLA N° 5

ETIOLOGÍA DE CIRROSIS HEPÁTICA DE LOS PACIENTES CIRRÓTICOS CON
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL EN EL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA

ETIOLOGÍA DE CIRROSIS	N°	%
Alcohol	64	60.4
Viral	3	2.8
Autoinmune	2	1.9
Metabólica	6	5.7
Criptogénica	31	29.2
Total	106	100

La **tabla 4** muestra 60.4% que los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal del servicio de gastroenterología presentaron etiología alcohólica con 64 casos y sólo el 1.9% de ellos tuvieron una etiología autoinmune con 2 casos.

TABLA N° 6

ESCALA DE CHILD PUGH EN LOS PACIENTES CIRRÓTICOS CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA VARICEAL EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA

CHILD-PUGH	N°	%
A	8	7.5
B	33	31.1
C	65	61.3
Total	106	100

La **tabla 5** muestra que el 61.3% de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal del servicio de gastroenterología presentan una clase C en la escala de CHILD pugh, lo que significa que los pacientes con cirrosis tienen una probabilidad del 35% a 45% de sobrevivir de 1 a 2 años y sólo el 7.5% de los pacientes cirróticos presentan una clase A; lo que significa que un tienen una probabilidad de 85% a 100% de sobrevivir de 1 a 2 años.

TABLA N° 7

MELD SCORE DE LOS PACIENTES CIRRÓTICOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA
ALTA VARICEAL EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA

MELD Score	N°	%
< 11	1	0.9
11-18	60	56.6
≥ 19	45	42.5
Total	106	100

La tabla 6 muestra que el 56.6% de los de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal del servicio de gastroenterología tienen un MELD score entre 11 y 18 para la cirrosis hepática y sólo el 0.9% presentó un MELD Score < 11.

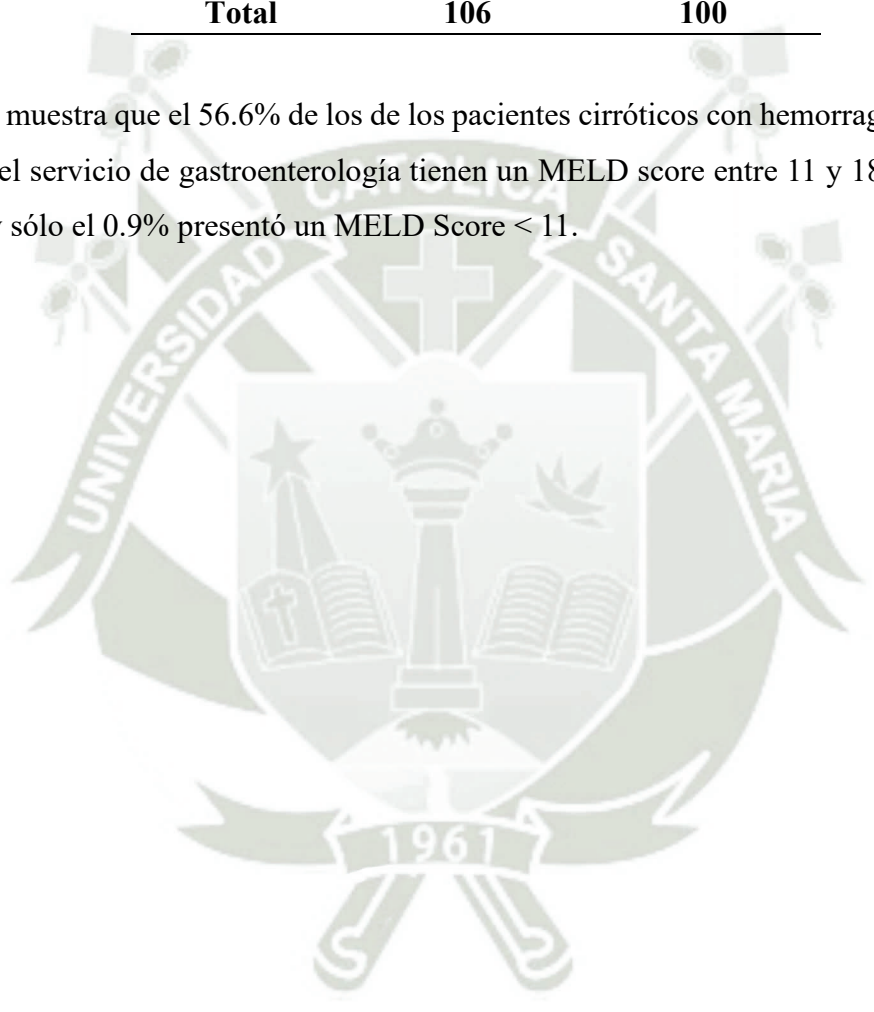


TABLA N° 8

**PARÁMETROS SANGUÍNEOS DE LOS PACIENTES CIRRÓTICOS CON
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL EN EL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA**

PARÁMETROS SANGUÍNEOS	N°	MEDIA	DESVIACIÓN	MÍNIMO	MÁXIMO
Hemoglobina	106	8.834	1.6062	3.9	11.7
Plaquetas	106	111320.75	42974.089	11000	334000
TGP	106	51.69	41.307	15	249
TGO	106	83.8	62.049	17	283
GGT	106	155.6994	147.45399	35	887
Globulina	106	2.6142	0.69968	0.97	5.12
Proteínas totales	106	5.3793	1.2634	3.05	15.5
Fosfatasa Alcalina	106	210.41	176.2667	48	1012

La tabla 7 muestra que la hemoglobina promedio en los pacientes cirróticos es de 8.834 con un valor mínimo de 3.9 y valor máximo de 11.7, en cuanto a plaquetas mostraron un promedio 111320.75 con un valor mínimo de 11000 y un valor máximo de 334000 y respecto a la globulina se evidencio un promedio de 2.6142 con un valor mínimo de 0.97 y un valor máximo 5.12.

El TGP 0-45 presento un valor promedio de 51.69 con un valor mínimo de 15 y un valor máximo 249. El TGO 11-39 presento un valor promedio de 83.80 con un valor mínimo de 17 y valor máximo de 283 y el GGT 0-55 mostró un valor promedio de 155.6994 con un valor mínimo de 35.00 y un valor máximo de 887.00.

Así mismo las proteínas totales, se aprecia un promedio de 5.3793 con un valor mínimo de 3.05 y un valor máximo de 15.50; en cuanto a la fosfatasa alcalina un promedio de 210.41 con valor mínimo de 48.00 y un valor máximo 1012.0.

TABLA N° 9

GRADO DE VARICES DE LOS PACIENTES CIRRÓTICOS CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA VARICEAL EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA

GRADO DE VARICES	N°	%
Bajo	3	2,83
Alto	103	97,17
Total	106	100

La tabla 8 muestra que el 66.0% de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal del servicio de gastroenterología presentaron un grado de varices alto y sólo el 34.0% de los pacientes con cirrosis tienen un grado bajo.

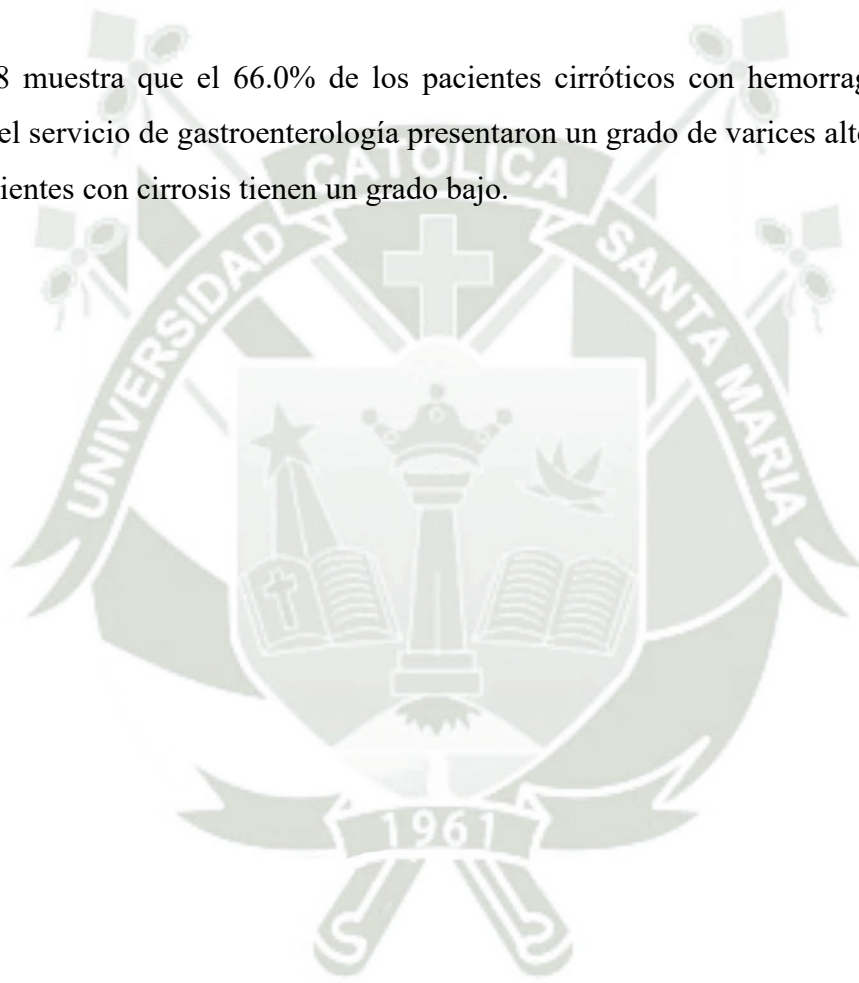


TABLA N° 10

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LOS PACIENTES CIRRÓTICOS CON
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL EN EL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO	N°	%
Sí	36	34
No	70	66
Total	106	100

La tabla 9 muestra que el 66.0% de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal del servicio de gastroenterología no tuvieron un tratamiento endoscópico y sólo el 34.0% de los pacientes con cirrosis tuvieron un tratamiento endoscópico.

TABLA N° 11

TIPO DE TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LOS PACIENTES CIRRÓTICOS CON
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL EN EL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA

TIPO TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO	N°	%
Endoligadura	32	88.9
Terapia endoscópica combinada	4	11.1
Total	36	100

La tabla 10 muestra que el 88.9% de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal del servicio de gastroenterología tuvieron un tipo de tratamiento endoscópico por endoligadura y sólo el 11.1% de los pacientes con cirrosis tuvieron terapia endoscópica combinada.

TABLA N° 12

RELACIÓN DE LA MORBILIDAD SEGÚN LA ESCALA CHILD PUGH DE LOS
PACIENTES CIRRÓTICOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL EN EL
SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA

MORBILIDAD	CHILD-PUGH						TOTAL	
	A		B		C		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Ninguna	7	6.6	13	12.3	3	2.8	23	21.7
Encefalopatía hepática	0	0	2	1.9	8	7.5	10	9.4
Peritonitis bacteriana espontanea	0	0	1	0.9	10	9.4	11	10.4
Síndrome hepatorenal	0	0	1	0.9	3	2.8	4	3.8
Choque hipovolémico	0	0	3	2.8	7	6.6	10	9.4
Anemia Hemorrágica	1	0	8	7.5	7	6.6	16	15.1
Re sangrado	0	0	3	2.8	6	5.7	9	8.5
Mas de dos	0	0	2	1.9	21	19.8	23	21.7
Total	8	7.5	33	31.1	65	61.3	106	100
	$X^2=48.894$		$P=0.013$		$P<0.05$			

La tabla 11 Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=48.894$) se muestra que la morbilidad de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal presento relación estadística significativa con la escala Child Pugh ($P<0.05$).

Así mismo 9.4% de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva con un Child-Pugh clase C tienen peritonitis bacteriana espontanea.

TABLA N° 13

RELACIÓN DE LA MORBILIDAD SEGÚN LA ESCALA MELD DE PACIENTES
CIRRÓTICOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL EN EL SERVICIO
DE GASTROENTEROLOGÍA

MORBILIDAD	ESCALA MELD						TOTAL	
	< 11		11-18		≥ 19		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Ninguna	0	0	22	20.8	1	0.9	23	21.7
Encefalopatía hepática	0	0	4	3.8	6	5.7	10	9.4
Peritonitis bacteriana espontanea	0	0	5	4.7	6	5.7	11	10.4
Síndrome hepatorrenal	0	0	0	0	4	3.8	4	3.8
Choque hipovolémico	0	0	7	6.6	3	2.8	10	9.4
Anemia Hemorrágica	1	0.9	11	10.4	4	3.8	16	15.1
Re sangrado	0	0	4	3.8	5	4.7	9	8.5
Mas de dos	0	0	7	6.6	16	15.1	23	21.7
Total	1	0.9	60	56.6	45	42.5	106	100

$$X^2=36.516 \quad P=0.001 \quad P<0.05$$

La tabla 12 Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=36.516$) muestra que existe una relación estadísticamente significativa entre la morbilidad de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal y un puntaje MELD entre 11 y 18 ($p < 0.05$).

Así mismo 15.1% de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva tienen más de dos enfermedades.

TABLA N° 14

RELACIÓN DE LA EDAD SEGÚN EL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LOS
PACIENTES CIRRÓTICOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL EN EL
SEVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA

EDAD	TRATAMIENTO ENDOSCOPICO				TOTAL	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
18-30	1	0.9	0	0	1	0.9
31-50	8	7.5	20	18.9	28	26.4
51-70	19	17.9	39	36.8	58	54.7
>70	8	7.5	11	10.4	19	17.9
Total	36	34	70	66	106	100

$$X^2=36.516 \quad P=0.001 \quad P<0.05$$

La tabla 13 Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=36.516$) se muestra que la edad de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal y el tratamiento endoscópico presento relación estadística significativa ($P<0.05$).

Así mismo 17.9% de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva con una edad de 51-70 años y recibieron un tratamiento endoscópico.

TABLA N° 15

RELACIÓN DEL SEXO SEGÚN EL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LOS
PACIENTES CIRRÓTICOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL EN EL
SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA

SEXO	TRATAMIENTO ENDOSCOPICO				TOTAL	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Masculino	17	16	46	43.4	63	59.4
Femenino	19	17.9	24	22.6	43	40.6
Total	36	34	70	66	106	100

$X^2=3.372$ $P=0.066$ $P>0.05$

La tabla 14 Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=3.372$) se muestra que el sexo y el tratamiento endoscópico en los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal no presentaron relación estadística significativa ($P>0.05$).

Así mismo 17.9% de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva son mujeres.

TABLA N° 16

RELACIÓN DE LA COMORBILIDAD SEGÚN EL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE
LOS PACIENTES CIRRÓTICOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL EN
EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA

COMORBILIDAD	TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO				TOTAL	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Si	13	12.3	9	8.5	22	20.8
No	23	21.7	61	57.5	84	79.2
Total	36	34	70	66	106	100

$X^2=7.816$ $P=0.005$ $P<0.05$

La tabla 15 Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=7.816$) se muestra que la comorbilidad y el tratamiento endoscópico en los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal presento relación estadística significativa ($P<0.05$).

Así mismo 12.3% de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva que tuvieron comorbilidad recibieron un tratamiento endoscópico.

TABLA N° 17

RELACIÓN DE LOS SIGNOS Y SINTOMAS SEGÚN EL TRATAMIENTO
ENDOSCÓPICO DE LOS PACIENTES CIRRÓTICOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA
ALTA VARICEAL EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA

SIGNOS Y SINTOMAS	TRATAMIENTO ENDOSCOPICO				TOTAL	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Melena	6	5.7	21	19.8	27	25.5
Hematemesis	8	7.5	21	19.8	29	27.4
Sincope	1	0.9	1	0.9	2	1.9
Melena + hematemesis	16	15.1	18	17	34	32.1
Hematemesis + Sincope	4	3.8	6	5.7	10	9.4
Mas de 3	1	0.9	3	2.8	4	3.8
Total	36	34	70	66	106	100

$X^2=5.320$ $P=0.378$ $P>0.05$

La tabla 16 Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=5.320$) se muestra que los signos y síntomas de los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal el tratamiento endoscópico no presento relación estadística significativa ($P>0.05$).

Así mismo 15.1% de los pacientes cirróticos con hemorragia con tratamiento endoscópico presentaron signos y síntomas de melena y hematemesis.

TABLA N° 18

RELACIÓN DE LA ETIOLOGÍA DE CIRROSIS SEGÚN EL TRATAMIENTO
ENDOSCÓPICO DE LOS PACIENTES CIRRÓTICOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA
ALTA VARICEAL EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA

ETIOLOGÍA DE CIRROSIS	TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO				TOTAL	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Alcohol	17	16	47	44.3	64	60.4
Viral	1	0.9	2	1.9	3	2.8
Autoinmune	1	0.9	1	0.9	2	1.9
Metabólica	2	1.9	4	3.8	6	5.7
Criptogénica	15	14.2	16	15.1	31	29.2
Total	36	34	70	66	106	100

$X^2=4.670$ $P=0.323$ $P>0.05$

La tabla 17 Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=4.670$) se muestra que la etiología de cirrosis en los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal y el tratamiento endoscópico no presento relación estadística significativa ($P>0.05$).

Así mismo 16.0% de los pacientes cirróticos con hemorragia y tratamiento endoscópico consumen alcohol.

TABLA N° 19

RELACIÓN DE LA ESCALA CHILD-PUGH SEGÚN EL TRATAMIENTO
ENDOSCÓPICO DE LOS PACIENTES CIRRÓTICOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA
ALTA VARICEAL EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA

ESCALA CHILD- PUGH	TRATAMIENTO ENDOSCOPICO				TOTAL	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
A	3	2.8	5	4.7	8	7.5
B	10	9.4	23	21.7	33	31.1
C	23	21.7	42	39.6	65	61.3
Total	36	34	70	66	106	100
	$X^2=0.300$		$P=0.861$		$P>0.05$	

La tabla 18 Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.300$) se muestra que la escala CHILD-PUGH en los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal y el tratamiento endoscópico no presenta relación estadística significativa ($P>0.05$).

Así mismo 21.7% de los pacientes cirróticos con hemorragia que presentaron una clasificación Child- Pugh C recibieron un tratamiento endoscópico.

TABLA N° 20

RELACIÓN DE MELD SCORE SEGÚN EL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LOS PACIENTES CIRRÓTICOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA

MELD SCORE	TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO				TOTAL	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
< 11	1	0.9	0	0	1	0.9
11-18	23	21.7	37	34.9	60	56.6
≥ 19	12	11.3	33	31.1	45	42.5
Total	36	34	70	66	106	100

$X^2=0.325$ $P=0.172$ $P>0.05$

La tabla 19. Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.325$) se muestra que la gravedad de la cirrosis medida con la escala de MELD y el tratamiento endoscópico no presento relación estadística significativa ($P>0.05$).

Así mismo 21.7% de los pacientes cirróticos con cirrosis hepática y un puntaje de MELD entre 11 y 18 que sufrieron hemorragia, recibieron un tratamiento endoscópico.

TABLA N° 21

RELACIÓN DEL GRADO DE VARICES SEGÚN EL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LOS PACIENTES CIRRÓTICOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA

GRADO DE VARICES	TRATAMIENTO ENDOSCOPICO				TOTAL	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Bajo riesgo	0	0	3	2.8	3	2.8
Alto riesgo	36	34	67	63.2	103	97.2
Total	36	34	70	66	106	100
	$X^2=1.588$		$P=0.208$		$P>0.05$	

La tabla 20 Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=1.588$) se muestra que el grado de varices en los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal y el tratamiento endoscópico no presento relación estadística significativa ($P>0.05$).

Así mismo 34.0% de los pacientes cirróticos con hemorragia con un grado de varices alto y recibieron un tratamiento endoscópico.

TABLA N° 22

PARAMETROS SANGUINEOS EN DE LOS PACIENTES CIRRÓTICOS CON
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL CON Y SIN TRATAMIENTO
ENDOSCOPICO

PARÁMETROS SANGUÍNEOS	TRATAMIENTO ENDOSCOPICO	MEDIA	DESVIACIÓN	T STUDENT
HEMOGLOBINA	Si	8,564	1,6208	1.245
	No	8,973	1,5925	P>0.05
PLAQUETAS	Si	99138,89	36639,676	2.128
	No	117585,71	44856,452	P<0.05
TGP	Si	44,78	36,181	1.239
	No	55,24	43,520	P>0.05
TGO	Si	58,75	36,236	3.728
	No	96,69	68,534	P<0.05
GGT	Si	125,2239	90,64203	1.536
	No	171,3726	167,89840	P>0.05
GLOBULINA	Si	2,4431	0,66716	1.826
	No	2,7023	0,70431	P>0.05
PROTEINAS TOTALES	Si	5,2289	0,85257	0.078
	No	5,4567	1,42912	P>0.05
FOSFATASA ALCALINA	Si	229,833	240,9964	0.681
	No	200,423	132,3700	P>0.05

La tabla N°. 21, muestra que la concentración de plaquetas y el TGO en los pacientes cirróticos con hemorragia presento en los pacientes con y sin tratamiento endoscópico presento diferencias estadísticas significativas ($P<0.05$).

TABLA N° 23

RELACIÓN DE LA MORTALIDAD SEGÚN EL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE
LOS PACIENTES CIRRÓTICOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL EN
EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA

MORTALIDAD	TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO				TOTAL	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Si	13	12.3	43	40.6	56	52.8
No	23	21.7	27	25.5	50	47.2
Total	36	34	70	66	106	100

$X^2=6.115$ $P=0.013$ $P<0.05$

La tabla 22. Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=6.115$) se muestra que la mortalidad y el tratamiento endoscópico en los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal presento relación estadística significativa ($P<0.05$).

Así mismo 21.7% de los pacientes cirróticos con hemorrágico con tratamiento endoscópico no fallecieron.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN



El presente estudio se realizó para determinar la relación entre las características clínicas y morbimortalidad asociada a terapia endoscópica en pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal (HDAV) en el servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2023-2024. La investigación se llevó a cabo considerando que la cirrosis hepática es una patología de gran relevancia clínica que presenta graves complicaciones, siendo una de ellas la hemorragia digestiva alta de tipo variceal complicación que, sin tratamiento oportuno puede ser mortal.

Durante el proceso de recolección de datos se obtuvieron 186 registros de endoscopia realizados entre enero de 2023 y diciembre de 2024, en los cuales se consignaba la presencia de várices esofágicas y sus características específicas. Estos registros fueron contrastados con las respectivas historias clínicas, proporcionadas con la autorización del área de Estadística del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos, se seleccionaron 106 historias clínicas que conformaron la muestra final del estudio.

Se encontró que la hemorragia digestiva alta variceal en pacientes cirróticos fue más frecuente en varones (59,43%). El grupo etario predominante fue el comprendido entre 51 y 70 años, tanto varones como en mujeres. En cuanto a la etiología de la cirrosis, el origen alcohólico fue el más frecuente (60,4%). Estos resultados coinciden con investigaciones previas, que reconocen al consumo de alcohol como una de las principales causas de cirrosis hepática, especialmente en hombres de mediana y avanzada edad.

En Alemania, Mertens et al. (2021), en un estudio a nivel nacional, informaron que los pacientes con HDAV eran predominantemente varones, con una edad promedio cercana a los 60 años, siendo la cirrosis alcohólica la causa principal (60,6%), seguida de las hepatitis virales (28). De manera similar, a nivel local, Paredes y Carbajal (2021) reportaron en su estudio sobre las características epidemiológicas, hallazgos endoscópicos y manejo en pacientes con hemorragia

digestiva alta, que el 58% de los casos correspondieron a varones, con una edad media de 58,3 años (32).

Según la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal, los pacientes con enfermedad hepática crónica avanzada que presentan sospecha de hemorragia digestiva alta variceal deben ser estratificados por riesgo utilizando las puntuaciones Child-Pugh y MELD, así como la documentación de sangrado activo/inactivo en el momento de la endoscopia gastrointestinal superior (26).

En este contexto se identificó que el 97,17 % de los pacientes presentó várices esofágicas de alto riesgo, lo cual evidencia la magnitud de esta característica en la población estudiada. Localmente, Núñez del Prado (2020), en el mismo hospital, evaluó la utilidad del índice recuento plaquetario/ diámetro esplénico, como predictor de várices esofágicas en pacientes con cirrosis hepática, encontrando que el 39% presentó várices esofágicas grandes, mientras el 34% tuvo várices esofágicas pequeñas (33). Es importante destacar que dichos hallazgos fueron independientes de la presencia o ausencia de HDAV.

En relación con las manifestaciones clínicas, el 32,1 % presentó simultáneamente melena y hematemesis, mientras que el 52,9 % mostró solo una de estas características. Estos hallazgos contrastan con lo reportado en Rumania, Rațiu et al (2022) quienes en un estudio comparativo entre sangrado gastrointestinal varicoso y no varicoso, observaron que la mayoría de los pacientes de ambos grupos presentaron melena al ingreso, pero la tasa fue mayor en los pacientes con hemorragia no varicosa, mientras que la de hematemesis fue mayor en el grupo con hemorragia varicosa (29). En Perú, la experiencia de Pérez y Alvarado (2022) en la generación de un test predictivo para el diagnóstico de la etiología de la hemorragia digestiva alta, determinó que uno de los factores que se encontraban asociados a la HDAV fue la hematemesis [OR: 4.192, IC95% (1.586 – 11.082); $p = 0.007$] (31). Estos resultados son

similares a los descritos en otros estudios, donde la hematemesis se señala como un signo clínico fuertemente vinculado a la hemorragia variceal.

Con base a la estratificación por riesgo se observó que el 61,3% de los pacientes presentaron una clase C en la escala de Child-Pugh y solo el 7,5% de los pacientes cirróticos presentaron una clase A. De manera complementaria, el 56,6% mostró un puntaje MELD entre 11 y 18 y solo el 0,9% presentó un puntaje MELD < 11; esto quiere decir que la mayoría de la población estudiada presentaba un compromiso funcional significativo o un estado descompensado, con implicaciones directas sobre el pronóstico y la evolución de la enfermedad.

El hecho de presentar una enfermedad hepática crónica en fase descompensada no solo predispone a una complicación específica, sino que puede favorecer la aparición de múltiples complicaciones que influyen de manera decisiva en el pronóstico del paciente. Por esta razón, se evaluaron las comorbilidades presentes durante el período de hospitalización en los pacientes cirróticos que desarrollaron HDAV.

Se identificó una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de morbilidad y las clasificaciones de Child-Pugh y MELD ($p < 0,05$). En este sentido, se observó que el 19,8 % de los pacientes en clase C de Child-Pugh y el 15,1 % de aquellos con un puntaje MELD ≥ 19 presentaron más de dos comorbilidades, lo que evidencia una mayor carga de enfermedades asociadas en los grupos con peor función hepática.

En el contexto de la cirrosis hepática, la morbilidad se expresa a través de complicaciones clínicas como la ascitis, la encefalopatía hepática, el síndrome hepatorenal y el sangrado variceal, entre otras. Aunque las escalas Child-Pugh y MELD fueron diseñadas principalmente como herramientas pronósticas de mortalidad, ambas incorporan variables clínicas y bioquímicas que reflejan indirectamente la presencia y la severidad de estas morbilidades. De esta manera, un mayor número o gravedad de complicaciones se traduce en puntuaciones más

elevadas en dichas escalas, lo cual condiciona un peor pronóstico vital. Así, si bien Child-Pugh y MELD no miden directamente morbilidad, la integran y cuantifican en términos de riesgo de mortalidad, lo que justifica su empleo en el estudio que analiza la relación entre características clínicas, morbilidad y mortalidad en pacientes cirróticos con HDAV.

Estos hallazgos contrastan con lo descrito en múltiples series internacionales, donde la población estudiada suele mostrar una distribución más heterogénea y con predominio de estadios compensados (Child-Pugh A y puntajes MELD bajos) al momento de la inclusión. En este sentido, Raŕiu et al. demostraron que pertenecer a la clase C de Child-Pugh incrementa en 5,6 veces el riesgo de mortalidad (OR: 5,6; $p < 0,001$) (29), mientras que Mertens et al. enfatizaron la fuerte asociación entre un peor pronóstico y la presencia de Child-Pugh C o MELD ≥ 19 (28). Dichos hallazgos refuerzan la relevancia de la estratificación del riesgo, ya que los pacientes con estadios avanzados no solo presentan mayor mortalidad, sino también una mayor frecuencia de complicaciones.

La presente investigación evidencia también la efectividad de la terapia endoscópica, principalmente la endoligadura, en la reducción de la mortalidad. Los pacientes que recibieron este tratamiento presentaron una tasa de mortalidad del 21,4%, significativamente menor en comparación con el 76,8% registrado en el grupo no tratado ($p < 0,05$).

Este hallazgo refuerza la consideración de la terapia endoscópica como un factor crítico de supervivencia, en concordancia con las recomendaciones de la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE) y otros estudios internacionales, que posicionan a la ligadura endoscópica como el estándar de elección en el manejo de la HDAV (26).

No obstante, un aspecto particularmente preocupante revelado por esta investigación es que el 66,0% de los pacientes no recibió tratamiento endoscópico. Este dato contrasta de manera marcada con los estándares de atención en países desarrollados, donde la intervención

endoscópica es aplicada de forma rutinaria. En Alemania, Mertens et al. (2021) analizaron más de 65,000 episodios de hemorragia varicosa aguda, evidenciando que la mortalidad hospitalaria rondaba el 18–20%, con clara asociación a pacientes en estadio Child-Pugh C y MELD ≥ 19 (28). El acceso rutinario a terapias endoscópicas como la ligadura, junto con fármacos vasoactivos y profilaxis antibiótica, permitió mantener cifras de mortalidad estables y en tendencia decreciente. De manera similar, Rațiu et al. (2022), en un estudio rumano con 1499 pacientes con HDAV, reportaron una mortalidad global del 10%, sin diferencias significativas entre sangrado variceal y no variceal; sin embargo, en el grupo variceal la tasa de resangrado alcanzó el 18,4%, lo que confirma la severidad de este tipo de hemorragia pese al manejo oportuno (29).

En este contexto, la elevada mortalidad observada en nuestra institución no refleja la ineficacia del tratamiento, sino más bien la deficiencia en su implementación oportuna, lo que señala una grave inequidad en el acceso a los servicios de salud especializados.

La discusión debe concluir este estudio aporta evidencia valiosa que confirma la relación estrecha entre las características clínicas, la estratificación de riesgo y la morbimortalidad en pacientes cirróticos con HDAV, al tiempo que resalta la eficacia comprobada de la terapia endoscópica como medida de supervivencia. Sin embargo, la brecha asistencial identificada constituye un desafío estructural que requiere ser abordado mediante protocolos estandarizados, fortalecimiento de la capacidad hospitalaria y políticas sanitarias que garanticen el acceso universal al tratamiento oportuno. Los hallazgos de este estudio no solo enriquecen la literatura científica local, sino que también deben ser entendidos como un llamado a la acción inmediata para reducir la mortalidad evitable en la región.

Se reconoce algunas limitaciones importantes del estudio. Primero, el estudio se basó en una revisión de historias clínicas de un solo hospital, lo que podría limitar la generalización de los

resultados a otras poblaciones o centros médicos. Un diseño prospectivo y multicéntrico sería ideal para obtener conclusiones más robustas. Aunque se identificó que la endoliadura como terapia más utilizada, el estudio no profundiza en el éxito de la hemostasia inicial, la tasa de resangrado o el número de sesiones de ligadura requeridos. Esta falta de detalle impide un análisis más profundo de la efectividad del tratamiento. Aunque las tablas indiquen la mortalidad, no especifican las causas exactas del fallecimiento de los pacientes. Esta información sería valiosa para determinar si la muerte fue directamente relacionada con el sangrado, complicaciones de la cirrosis o fallos multiorgánicos. Finalmente, el estudio no considera explícitamente el impacto de factores socioeconómicos, como el nivel de recursos de los pacientes o su adherencia al tratamiento de la cirrosis, la discusión sugiere que estos factores pueden haber influido en la falta de acceso a la terapia endoscópica y en el pronóstico, pero no fueron analizados como variables en las tablas.

CONCLUSIONES



1. Se demostró que existe una relación significativa entre las características clínicas y la morbimortalidad asociada a la terapia endoscópica en pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2023-2024. Los pacientes con mayor severidad de la enfermedad hepática, clasificados principalmente como Child-Pugh C (61,3%) y con puntajes MELD ≥ 19 (42,5%), presentaron una mayor frecuencia de complicaciones y mortalidad. Asimismo, se evidenció que la aplicación de la terapia endoscópica, principalmente la endoligadura, redujo significativamente la mortalidad en comparación con los pacientes que no recibieron dicho tratamiento.
2. La población estudiada estuvo compuesta mayoritariamente por varones (59,4%) de entre 51 y 70 años. La etiología más frecuente de la cirrosis fue el consumo de alcohol (60,4%), mientras que los signos y síntomas predominantes fueron la hematemesis y la melena, solas o en combinación. Estos hallazgos permiten identificar un perfil clínico característico de los pacientes que ingresan con hemorragia digestiva alta variceal en la institución, lo cual contribuye a establecer estrategias de prevención y detección precoz en grupos de mayor riesgo.
3. Se encontró que únicamente el 34% de los pacientes recibió tratamiento endoscópico, siendo la endoligadura la técnica más utilizada (88,9%). Este hallazgo confirma que la endoligadura constituye el procedimiento de elección en la práctica clínica, tal como recomiendan las guías internacionales, aunque evidencia la limitada cobertura del tratamiento en el hospital, lo que puede influir en la elevada mortalidad observada.
4. Se identificó una asociación significativa entre la morbilidad y la clasificación Child-Pugh ($p < 0,05$) así como el puntaje MELD ($p < 0,05$). Los pacientes con peor función hepática presentaron más complicaciones, como encefalopatía hepática, peritonitis bacteriana espontánea, resangrado y anemia hemorrágica. Estos resultados resaltan la

utilidad de las escalas pronósticas no solo para estimar mortalidad, sino también como predictores indirectos de la aparición de comorbilidades clínicas.

5. Se observó que la edad y la presencia de comorbilidades se asociaron significativamente con la realización del tratamiento endoscópico ($p < 0,05$). Sin embargo, variables como el sexo, la etiología de la cirrosis, el grado de várices y las escalas de gravedad no mostraron relación significativa con la indicación de la terapia. Estos resultados reflejan que, en la práctica clínica, la decisión terapéutica no siempre responde únicamente a criterios clínicos o de severidad, sino también a limitaciones de acceso y recursos hospitalarios.
6. La mortalidad global fue de 52,8%, con una diferencia marcada entre los pacientes tratados con endoscopia (21,4%) y los no tratados (76,8%). Esto demuestra que la terapia endoscópica tiene un impacto decisivo en la reducción de la mortalidad y debe considerarse como una intervención prioritaria en el manejo de la hemorragia digestiva alta variceal. La ausencia de acceso oportuno a este tratamiento se presenta como uno de los principales factores asociados a los desenlaces fatales.

RECOMENDACIONES

Se recomienda al servicio de Gastroenterología del hospital regional Honorio Delgado Espinoza:

1. Mejorar los Protocolos de Manejo de Emergencia: Se recomienda optimizar los protocolos de traslado y atención de emergencia para los pacientes con sospecha de hemorragia digestiva alta variceal. La alta morbimortalidad en los pacientes no tratados subraya la necesidad de una estabilización clínica rápida que permita un acceso oportuno a la terapia endoscópica.
2. Aumentar la Disponibilidad de Insumos: Es fundamental que el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza cuente con un suministro constante de insumos para endoligadura. La falta de acceso a esta intervención, evidenciada por la baja tasa de tratamiento en la muestra, es un factor limitante que contribuye a las altas tasas de mortalidad.
3. Promover la Concientización y Detección Temprana: Se recomienda implementar programas de concientización sobre la cirrosis, especialmente la de etiología alcohólica. Educar a la población sobre la enfermedad y sus riesgos podría fomentar una mayor adherencia al tratamiento y la detección temprana de várices, lo que permitiría un manejo profiláctico antes de que ocurra un sangrado masivo.
4. Desarrollar un Estudio Prospectivo y Multicéntrico: Se sugiere realizar un estudio prospectivo para evaluar en detalle la efectividad de las diferentes modalidades de tratamiento endoscópico y farmacológico. Un estudio multicéntrico permitiría comparar los resultados entre diferentes hospitales y validar los hallazgos en una población más amplia, eliminando sesgos específicos de un solo centro.

5. Evaluar Factores Socioeconómicos: Futuras investigaciones deberían considerar la inclusión de variables socioeconómicas, como el nivel de recursos y la adherencia al tratamiento, para entender mejor su impacto en la progresión de la enfermedad y el pronóstico de los pacientes.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuartas Agudelo YS, Martínez Sánchez LM. Aspectos clínicos y etiológicos de la hemorragia digestiva alta y sus escalas de evaluación. Rev médicas UIS [Internet]. 2020 [citado el 16 de septiembre de 2025];33(3):9–20. Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/11820>.
2. Martínez Salinas GA, Figueroa Navarro PP, Toro Pérez JI, García Carrasco C, Csendes Juhasz A. Conducta actual frente a la Hemorragia Digestiva Alta: Desde el diagnóstico al tratamiento. Rev Cir [Internet]. 2021 [citado el 16 de septiembre de 2025];73(6). Disponible en: <https://revistacirugia.cl/index.php/revistacirugia/article/view/1132>.
3. Saydam ŞS, Molnar M, Vora P. The global epidemiology of upper and lower gastrointestinal bleeding in general population: A systematic review. World J Gastrointest Surg [Internet]. 2023;15(4):723–39. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4240/wjgs.v15.i4.723>.
4. Rodríguez I, Enrique C. Epidemiología de la Hemorragia Digestiva. Acta médica peru [Internet]. 2006 [citado el 16 de septiembre de 2025];23(3):152–5. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000300005&lng=es.
5. Antunes C, Tian C, Copelin EL II. Upper gastrointestinal bleeding. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
6. Juanola A, Pose E, Ginès P. Cirrosis hepática: enfermedad antigua, reto nuevo. Med Clin (Barc) [Internet]. 2025;164(5):238–46. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2024.11.002>.
7. Ginès P, Krag A, Abraldes JG, Solà E, Fabrellas N, Kamath PS. Liver cirrhosis. Lancet [Internet]. 2021;398(10308):1359–76. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01374-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01374-X).
8. GBD 2017 Cirrhosis Collaborators. The global, regional, and national burden of cirrhosis by cause in 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet Gastroenterol Hepatol [Internet]. 2020;5(3):245–66. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-1253\(19\)30349-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-1253(19)30349-8).
9. Huang DQ, Terrault NA, Tacke F, Glud LL, Arrese M, Bugianesi E, et al. Global epidemiology of cirrhosis - aetiology, trends and predictions. Nat Rev Gastroenterol Hepatol [Internet]. 2023;20(6):388–98. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41575-023-00759-2>.
10. Hagström H, Thiele M, Roelstraete B, Söderling J, Ludvigsson JF. Mortality in biopsy-proven alcohol-related liver disease: a population-based nationwide cohort study of 3453 patients. Gut [Internet]. 2021;70(1):170–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/gutjnl-2019-320446>.
11. Mandiga P, Kommu S, Bollu PC. Hepatic Encephalopathy. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.

12. Romano-Munive AF, Tellez-Ávila FI. Bleeding from gastrointestinal ectopic varices is not associated with haemorrhage from oesophageal or gastric varices. *Prz Gastroenterol* [Internet]. 2020;15(1):60–4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5114/pg.2020.93632>.
13. Kaplan DE, Ripoll C, Thiele M, Fortune BE, Simonetto DA, Garcia-Tsao G, et al. AASLD Practice Guidance on risk stratification and management of portal hypertension and varices in cirrhosis. *Hepatology* [Internet]. 2024;79(5):1180–211. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/HEP.0000000000000647>.
14. Odewole M, Sen A, Okoruwa E, Lieber SR, Cotter TG, Nguyen AD, et al. Systematic review with meta-analysis: incidence of variceal hemorrhage in patients with cirrhosis undergoing transesophageal echocardiography. *Aliment Pharmacol Ther* [Internet]. 2022;55(9):1088–98. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/apt.16860>.
15. Simonetto DA, Liu M, Kamath PS. Portal hypertension and related complications: Diagnosis and management. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2019;94(4):714–26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.12.020>.
16. Meseha M, Attia M. Esophageal varices. En: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
17. Pallio S, Melita G, Shahini E, Vitello A, Sinagra E, Lattanzi B, et al. Diagnosis and management of esophagogastric varices. *Diagnostics (Basel)* [Internet]. 2023;13(6):1031. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/diagnostics13061031>.
18. Gralnek IM, Garcia-Pagan JC, Hernández-Gea V. Challenges in the management of esophagogastric varices and variceal hemorrhage in cirrhosis - A narrative review. *Am J Med* [Internet]. 2024;137(3):210–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2023.12.001>.
19. de Franchis R, Bosch J, Garcia-Tsao G, Reiberger T, Ripoll C, Baveno VII Faculty. Baveno VII - Renewing consensus in portal hypertension. *J Hepatol* [Internet]. 2022;76(4):959–74. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2021.12.022>.
20. Campoverde Cueva C, Celedonio-Campos W, Campos-Salazar B, Zambrano-Huaila R, Zevallos A, Garavito-Renteria J. Baveno VII criteria for the exclusion of esophageal varices in a Peruvian population: Cross-sectional study. *Rev Colomb Gastroenterol* [Internet]. 2024 [citado el 16 de septiembre de 2025];39(2):158–65. Disponible en: <https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/1156>.
21. Malik A, Asif M, Ud Din R, Khan A, Siddique M, Noor F, et al. The utility of the Platelet-Albumin-Bilirubin score as a non-invasive predictor of esophageal varices and variceal hemorrhage in patients with liver cirrhosis compared to Child-Turcotte-Pugh and model of end-stage liver disease-sodium scores. *Cureus* [Internet]. 2024;16(6):e62577. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.62577>.

22. Correia P, Spínola A, Correia JF, Pereira AM, Nora M. The predictive value of Glasgow-Blatchford score: The experience of an emergency department. *Cureus* [Internet]. 2023;15(1):e34205. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.34205>.
23. Tham J, Stanley A. Clinical utility of pre-endoscopy risk scores in upper gastrointestinal bleeding. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2019;13(12):1161–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/17474124.2019.1698292>.
24. Tsoiris A, Marlar CA. Use of the Child Pugh score in liver disease. En: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
25. Reverter E, Tandon P, Augustin S, Turon F, Casu S, Bastiampillai R, et al. A MELD-based model to determine risk of mortality among patients with acute variceal bleeding. *Gastroenterology* [Internet]. 2014;146(2):412-19.e3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2013.10.018>.
26. Gralnek IM, Camus Duboc M, Garcia-Pagan JC, Fuccio L, Karstensen JG, Hucl T, et al. Endoscopic diagnosis and management of esophagogastric variceal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy* [Internet]. 2022;54(11):1094–120. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1055/a-1939-4887>.
27. Mohan BP, Chandan S, Khan SR, Kotagiri R, Kassab LL, Olaiya B, et al. Self-expanding metal stents versus TIPS in treatment of refractory bleeding esophageal varices: a systematic review and meta-analysis. *Endosc Int Open* [Internet]. 2020;8(3):E291–300. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1055/a-1067-4563>.
28. Mertens A, Essing T, Kunstein A, Weigel C, Bode J, Roderburg C, et al. Acute variceal hemorrhage in Germany-A nationwide study of 65,357 hospitalized cases: Variceal hemorrhage in Germany. *Can J Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2024;2024:5453294. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2024/5453294>.
29. Rațiu I, Lupușoru R, Popescu A, Sporea I, Goldiș A, Dănilă M, et al. Acute gastrointestinal bleeding: A comparison between variceal and nonvariceal gastrointestinal bleeding. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2022;101(45):e31543. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000031543>.
30. Portal R, Cristina S. Factores de riesgo para la aparición del primer sangrado por varices esofágicas en pacientes cirróticos. Universidad César Vallejo; 2024.
31. Perez Condori LY, Alvarado Malca AE. Generación de un test predictivo para el diagnóstico de la etiología de la hemorragia digestiva alta. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2022.
32. Paredes Lira MA, Carbajal Gonzales AE. Características epidemiológicas, hallazgos endoscopicos y manejo en pacientes con hemorragia digestiva alta en al Clínica Arequipa, Arequipa 2013-2021 [Internet]. Universidad Católica de Santa María. 2021 [citado el 16 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/f096298b-6d1e-4d1c-8cda-a35ac6cc030c>.

33. Nuñez Del Prado Lazo PA. Utilidad del índice recuento plaquetario / diámetro esplénico, como predictor de várices esofágicas en pacientes con cirrosis hepática en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante el periodo enero 2018 - diciembre 2020 [Internet]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2021 [cited 2025 Sep 9]. Available from: <http://hdl.handle.net/20.500.12773/12316>.



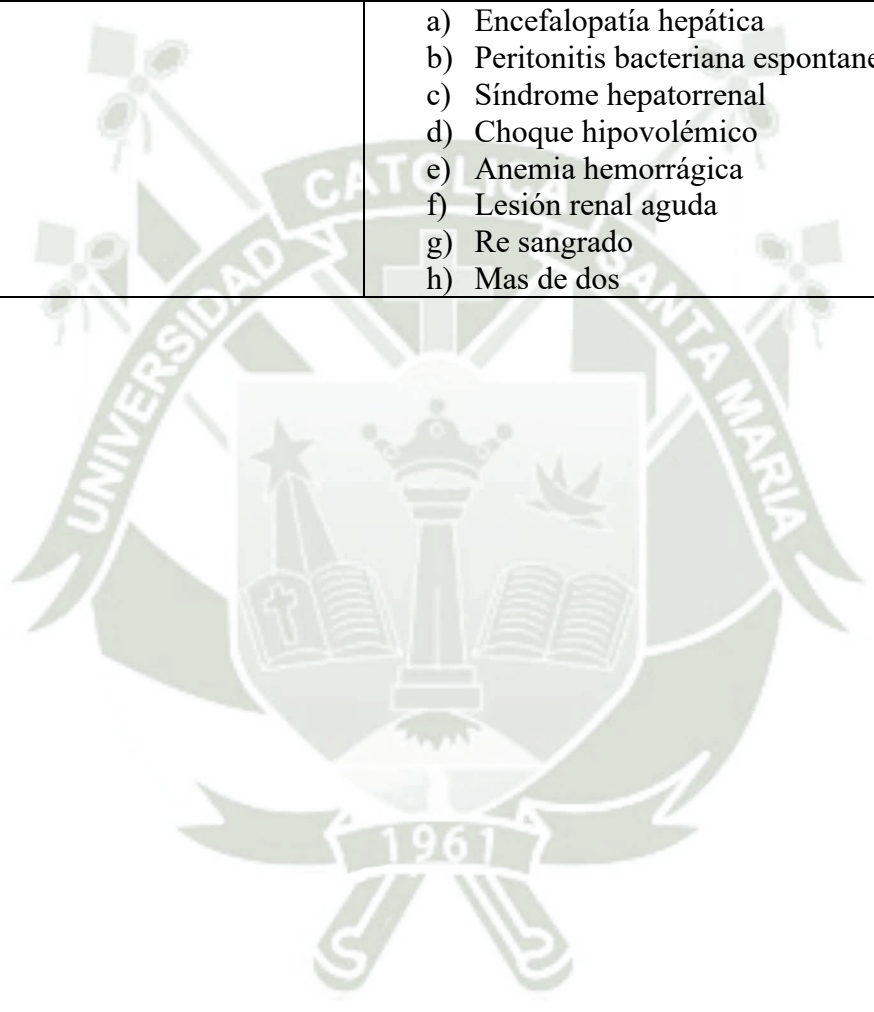
ANEXOS




Anexo 1: Ficha de recolección de datos

EDAD	a) 18-30 b) 31-50 c) 51-70 d) > 70
SEXO	M () F ()
COMORBILIDAD	SI () NO ()
DIAGNOSTICO PREVIO DE ENFERMEDAD HEPATICA	SI () NO ()
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL	SI () NO ()
SIGNOS Y SINTOMAS	a) Ninguno b) Melena c) Hematemesis d) Hematoquecia e) Sincope f) Mel+ Hematemesis g) Hematemesis + sincope h) Mas de 3
ETIOLOGIA DE ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA	a) Alcohol b) Viral c) Autoinmune d) Metabólica e) Criptogénica
LABORATORIO	
Hemoglobina	.....gr/dL
Plaquetas	.....10 ³ /mm ³
TGP	.....UI/L
TGO	.....UI/L
GGT	.....UI/L
Proteínas totales	.....mg/dL
Fosfatasa alcalina	.....UI/Dl
ESCALA CHILD PUGH	A () / B () / C ()
a) Bilirrubina	.....mg/dL
b) Albumina	.....gr/dL
c) I.N.R	.....
d) Presencia de ascitis	Ausente () Leve () Moderado ()
e) Grado de encefalopatía	Sin encefalopatía () Grado I -II () Grado III – IV ()
MELD SCORE	< 11 () / 11-18 () / ≥ 19 ()
a) Diálisis al menos dos veces en la última semana	SI () NO ()
b) Creatinina	.....mg/dL
c) Bilirrubina	.....mg/dL
d) I.N.R.	
GRADO DE VARICES	


<p>a) Bajo riesgo</p> <p>b) Alto riesgo</p>	<p>a) Diámetro inferior a 5 mm y la ausencia de signos rojos. ()</p> <p>b) Diámetro superior a 5 mm con o sin signos rojos. ()</p>
<p>TRATAMIENTO ENDOSCOPICO RECIBIDO</p>	<p>a) Endo ligadura</p> <p>b) Escleroterapia</p> <p>c) Terapia endoscópica combinada</p>
<p>MORBILIDAD ASOCIADA</p>	<p>SI () NO ()</p>
	<p>a) Encefalopatía hepática</p> <p>b) Peritonitis bacteriana espontanea</p> <p>c) Síndrome hepatorenal</p> <p>d) Choque hipovolémico</p> <p>e) Anemia hemorrágica</p> <p>f) Lesión renal aguda</p> <p>g) Re sangrado</p> <p>h) Mas de dos</p>



Anexo 2: Autorización proyecto de investigación por parte del Hospital Honorio Delgado



Gobierno Regional de Arequipa-
Perú



Hospital Regional "Honorio Delgado"
Arequipa

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

Arequipa, 08 de abril del 2025

OFICIO N° 331 -2025-GRA/GRS/GR-HRHD/DG-OCDI

Señor
DANIEL JESUS CHURQUI HUANCA
Exalumno del 7to. Año de Facultad de Medicina Humana UCSM
PRESENTE.-

ASUNTO : Autorización Proyecto de Investigación
REFERENCIA: Expediente Nro, 4952622
OFICIO N° 372-2025-GRA/GRS/GR-HRHD/DG-DM

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y hacer de su conocimiento que vista su solicitud, en el Departamento de Medicina y del Comité de Ética en Investigación del Hospital Regional Honorio Delgado, esta Dirección autoriza la aplicación del Proyecto de la investigación, como se indica a continuación

N°	TÍTULO DEL PROYECTO	AUTOR (investigador principal)	TÍTULO/GRADO A OBTENER	DEPARTAMENTO/ AREA/SERVICIO DONDE SE VA A DESARROLLAR	FECHA DE APROBACIÓN	UNIVERSIDAD	FACULTAD
76	"RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MORBIMORTALIDAD ASOCIADA A TERAPIA ENDOSCÓPICA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2023-2024"	DANIEL JESUS CHURQUI HUANCA	TÍTULO DE MEDICO CIRUJANO	DEPARTAMENTOS DE MEDICINA - OF. ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA	14-03-25	UCSM	MEDICINA HUMANA

Asimismo debe cumplir con las medidas de bioseguridad establecidas en el Hospital.

Además al término de su proyecto deben entregar al Hospital - Oficina de Capacitación, Docencia e Investigación un ejemplar del informe final del trabajo de investigación (físico y virtual al correo: investigacionhrhd@gmail.com).

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Hospital Regional Honorio Delgado

.....
César Domingo Molina Nuñez
Dirección General
CMP. 71822 - RNE 9334

CMN/AMML/MDN
c.c. Archivo
Exp.: 4952622
Doc: 8142926

Anexo 3: Aprobación del comité de ética de investigación de la Universidad Católica Santa María

COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

Arequipa, 25 de julio de 2025

Investigador Churqui Huanca, Daniel Jesús

Presente.-

De mi especial consideración.

Me dirijo a usted para hacerle llegar el resultado de la evaluación de su proyecto de investigación y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.

TÍTULO: “Relación entre las características clínicas y morbimortalidad asociada a terapia endoscópica en pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta variceal en el servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2023-2024”.

Investigador: Churqui Huanca, Daniel Jesús.

TIPO Y DISEÑO: Observacional, descriptiva, transversal.

OBJETIVO: La investigación tiene como objetivo: Determinar la relación entre las características clínicas y morbimortalidad asociada a terapia endoscópica en pacientes con hemorragia digestiva alta variceal en el servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2023-2024.

PROCEDIMIENTOS: Recolección de datos, revisión documental.



COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

SUJETOS DE ESTUDIO:

Pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta que cuenten con informe endoscópico en el Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa.

RIESGO DEL ESTUDIO:

Mínimo.

OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:

Debe proteger confidencialidad de la data sensible.

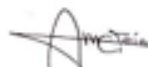
DICTAMEN:

DICTAMEN FAVORABLE 252 – 2025 CIEI-UCSM



VIGENCIA:

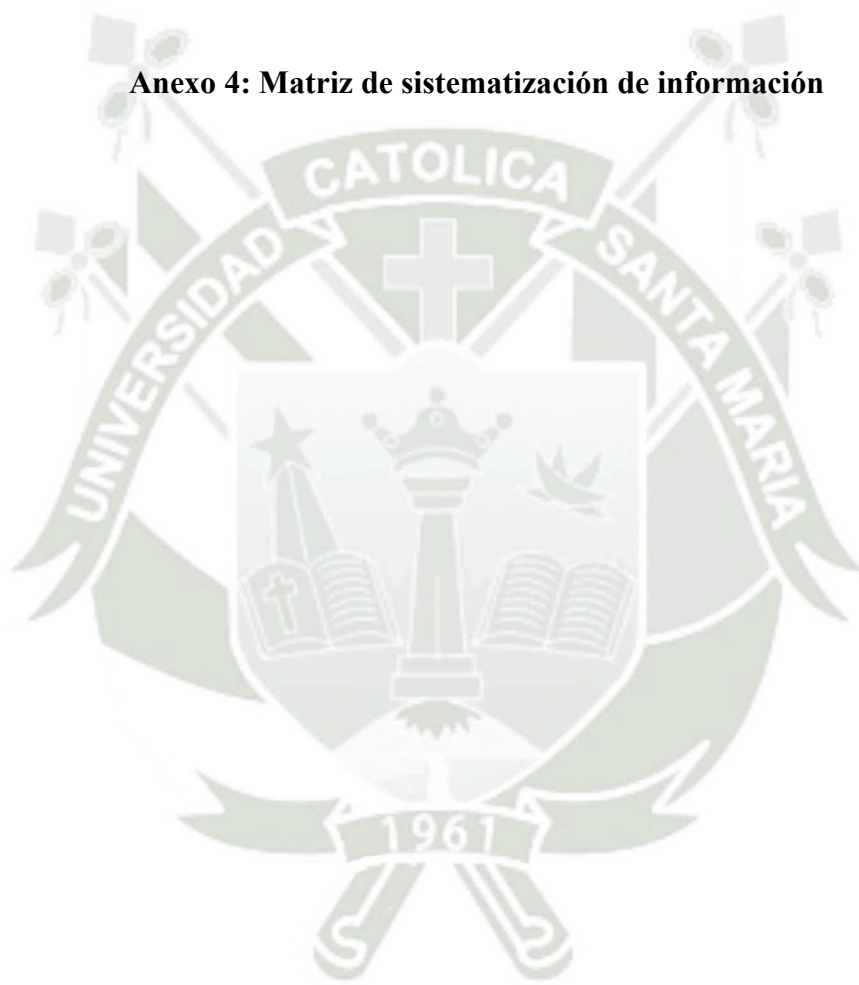
La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente dictamen hasta el 25 de julio del 2026.



Agueda Muñoz Del Carpio Toia
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM

Cualquier duda comunicarse a: comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com

Anexo 4: Matriz de sistematización de información



ID	EDAD	SEXO	COMORBILIDAD	SIGNOS SINTOMAS	ETIOLOGIA DECIRROSIS	ESCALA CHILD PUGH							PUNTAJE MELD				Hb	PLT	TGP	TGO	GGT	Glob	PT	FA	Gradode Varices	Tx.ENDOS COPICO	Tipo Tx.Endos copico	MORBILIDAD	MORTALIDAD
						TBL	ALB.	INR	ASCITIS	ENCEFALOPATIA CriterioWES THAVEN	RESULTADO	CLASE	Cr.	TBL	INR	RESULTADO													
1	51-70	Femenino	Si	Melena	Criptogénica	1,63	2,61	1,83	Modero	NO	10	C	,99	1,63	1,83	15	8,2	55000	27	41	85,00	1,48	4,09	125,0	Alto	Si	Endoligadura	Anemia hemorrágica	No
2	31-50	Masculino	No	Melena	Alcohol	2,53	3,40	1,80	No	2	9	B	1,23	1,20	1,40	13	5,8	145000	26	49	90,60	2,10	5,50	160,0	Alto	No	,00	Choque hipovolémico	No
3	31-50	Masculino	No	Hematemesis	Alcohol	3,50	2,85	1,63	No	2	9	B	1,47	1,32	1,63	17	9,7	87000	19	34	156,00	3,20	3,05	190,0	Alto	No	,00	Mas de dos	No
4	51-70	Masculino	No	Hematemesis	Criptogénica	7,68	2,80	2,40	Modero	2	13	C	2,19	7,68	2,40	31	9,8	110000	27	55	48,00	2,60	5,40	190,0	Alto	Si	Endoligadura	Anemia hemorrágica	No
5	51-70	Femenino	Si	Hematemesis	Criptogénica	1,59	1,90	2,12	Modero	NO	10	C	,82	1,59	2,12	17	9,2	164000	28	43	41,00	3,90	5,80	114,0	Alto	No	,00	Mas de dos	No
6	51-70	Masculino	Si	Mel + hematemesis	Alcohol	3,25	3,00	1,80	No	1	9	C	1,11	1,98	1,32	13	8,5	71000	27	38	232,00	2,30	5,90	95,0	Alto	Si	Endoligadura	Mas de dos	No
7	51-70	Femenino	No	Mel + hematemesis	Criptogénica	1,52	2,57	1,14	No	NO	7	B	1,24	1,52	1,14	12	9,6	84000	100	130	237,00	1,76	4,33	1012,0	Alto	Si	Endoligadura	Ninguna	No
8	>70	Femenino	No	Mel + hematemesis	Metabólica	1,92	2,40	2,22	Modero	1	11	C	,96	1,92	2,22	18	6,6	119000	15	20	35,00	2,30	4,70	91,0	Alto	Si	Endoligadura	Choque hipovolémico	No
9	51-70	Masculino	No	Melena	Alcohol	9,60	4,30	1,84	Modero	2	11	C	,86	9,60	1,84	22	10,3	116000	88	75	106,00	1,82	5,11	173,0	Alto	No	,00	Mas de dos	No
10	51-70	Femenino	No	Mel + hematemesis	Metabólica	10,80	2,42	2,56	Modero	2	13	C	1,11	10,80	2,56	27	6,5	82000	111	265	181,00	3,49	5,91	166,0	Alto	No	,00	Re sangrado	No
11	51-70	Femenino	No	Hematemesis	Criptogénica	2,74	3,08	1,59	Leve	NO	8	B	1,16	2,74	1,56	17	7,1	159000	26	31	110,00	2,24	5,32	150,0	Alto	No	,00	Re sangrado	No
12	>70	Femenino	No	Mel + hematemesis	Criptogénica	2,50	2,58	1,98	Leve	1	11	C	1,25	2,50	1,98	20	8,4	108000	47	92	544,00	2,40	4,98	357,0	Alto	No	,00	Peritonitis bacteriana espontánea	Si
13	51-70	Masculino	Si	Melena	Alcohol	1,00	3,10	1,58	Leve	NO	7	B	,86	1,00	1,58	12	11,2	92000	249	283	218,00	3,40	6,50	127,0	Alto	No	,00	Ninguna	No
14	31-50	Masculino	No	Melena	Alcohol	2,20	2,25	1,17	Modero	NO	10	C	,80	2,20	1,17	11	9,5	114000	37	276	339,00	5,12	7,37	267,0	Alto	No	,00	Encefalopatia hepática	Si
15	51-70	Femenino	Si	Mel + hematemesis	Criptogénica	3,25	2,60	1,40	Leve	2	11	C	,91	1,48	1,40	12	6,3	118000	24	34	85,00	1,60	4,20	182,0	Alto	Si	Endoligadura	Choque hipovolémico	No

16	31-50	Masculino	No	Hematemesis	Alcohol	24,20	2,60	2,16	Modo rado	3	14	C	,11	24,20	2,16	26	9,2	147000	35	144	226,00	2,50	5,10	145,0	Alto	No	,00	Mas de dos	Si
17	31-50	Masculino	Si	hematemesis +Sincope	Alcohol	5,80	2,00	2,74	Modo rado	NO	13	C	2,09	5,80	2,74	31	6,0	96000	15	48	90,00	3,50	5,50	77,0	Alto	No	,00	Síndrome hepato renal	Si
18	31-50	Masculino	No	Mel + hematemesis	Criptogénica	6,70	2,80	2,40	Modo rado	2	13	C	2,20	6,70	2,24	30	7,8	100000	27	55	48,00	2,60	5,40	190,0	Alto	Si	Endoliga dura	Mas de dos	Si
19	51-70	Femenino	No	Mas de 3	Criptogénica	2,18	2,80	2,20	Leve	1	10	C	1,52	2,18	2,20	22	7,6	64000	130	265	181,00	3,40	5,20	166,0	Alto	No	,00	Anemia hemorrágica	Si
20	31-50	Femenino	No	Mas de 3	Criptogénica	1,78	2,90	1,73	Modo rado	1	10	C	1,29	1,78	1,73	17	3,9	91000	53	130	78,00	2,60	5,50	99,0	Alto	No	,00	Mas de dos	Si
21	51-70	Masculino	No	Hematemesis	Alcohol	2,33	2,83	1,73	Leve	1	10	C	,87	2,33	1,73	16	8,4	86000	32	34	85,00	2,30	5,13	164,0	Alto	No	,00	Peritonitis bacteriana espontánea	Si
22	>70	Femenino	No	Melena	Criptogénica	1,14	2,78	1,54	Leve	NO	8	B	,89	1,14	1,54	12	9,8	90000	19	34	80,00	3,20	5,98	150,0	Alto	Si	Endoliga dura	Anemia hemorrágica	No
23	51-70	Femenino	No	Mel + hematemesis	Alcohol	9,80	2,41	2,48	Modo rado	2	14	C	1,47	9,80	2,48	29	8,5	98000	48	88	150,00	2,30	4,71	123,0	Alto	No	,00	Mas de dos	Si
24	31-50	Masculino	No	Hematemesis	Alcohol	21,48	2,33	2,18	Modo rado	2	13	C	,27	21,48	2,18	27	7,6	181000	55	144	240,00	3,26	5,59	162,0	Alto	Si	Endoliga dura	Mas de dos	Si
25	51-70	Masculino	No	Mel + hematemesis	Alcohol	1,15	1,10	2,26	Modo rado	2	11	C	1,04	1,15	2,26	16	4,5	139000	30	42	72,00	2,10	4,20	107,0	Alto	Si	Endoscopia combinada	Choque hipovolémico	No
26	51-70	Femenino	Si	Melena	Alcohol	9,63	3,29	1,84	Modo rado	2	12	C	,58	9,63	1,84	22	10,3	116000	88	75	106,00	1,82	5,11	173,0	Alto	Si	Endoliga dura	Encefalopatía hepática	Si
27	51-70	Masculino	No	Sincopa	Alcohol	2,55	2,00	1,74	Leve	NO	10	C	1,45	2,55	1,74	20	9,3	125000	75	78	89,00	1,82	3,82	163,0	Bajo	No	,00	Mas de dos	Si
28	51-70	Masculino	No	Melena	Alcohol	1,52	2,74	1,85	No	NO	8	B	1,15	1,52	1,85	16	8,6	86000	98	129	237,00	2,10	4,84	889,0	Alto	No	,00	Anemia hemorrágica	No
29	51-70	Femenino	No	Melena	Criptogénica	1,13	2,56	1,56	Leve	NO	8	B	,78	1,13	1,56	12	10,2	119000	18	24	35,00	2,30	4,86	91,0	Alto	No	,00	Ninguna	No
30	51-70	Masculino	No	Hematemesis	Alcohol	3,20	2,93	2,34	Modo rado	2	12	C	,69	3,20	2,34	20	9,3	115000	45	85	154,00	2,12	5,05	180,0	Alto	No	,00	Mas de dos	Si
31	>70	Femenino	Si	Melena	Criptogénica	1,52	2,57	1,14	Modo rado	NO	9	B	,73	1,52	1,14	9	9,6	84000	00	130	237,00	1,76	4,33	1012,0	Alto	Si	Endoliga dura	Anemia hemorrágica	No
32	31-50	Masculino	No	Hematemesis	Alcohol	2,13	3,23	1,47	No	NO	7	B	,69	2,13	1,47	14	8,9	108000	47	92	544,00	2,40	5,63	98,0	Bajo	No	,00	Ninguna	No
33	31-50	Masculino	No	Hematemesis	Alcohol	2,88	2,45	2,35	Modo rado	1	13	C	1,54	2,88	2,35	24	9,3	154000	55	70	140,00	3,60	6,05	152,0	Alto	Si	Endoliga dura	Encefalopatía hepática	Si

34	51-70	Femenino	No	Melena	Alcohol	1,85	3,33	1,54	No	NO	6	A	,97	1,85	1,54	14	9,2	115000	30	42	72,00	2,30	5,63	115,0	Alto	Si	Endoscopia combinada	Ninguna	No
35	31-50	Masculino	No	Mel + hematemesis	Alcohol	2,58	2,90	1,73	No	NO	8	B	,80	2,58	1,73	16	11,7	40000	63	176	98,00	2,10	5,00	243,0	Alto	No	,00	Peritonitis bacteriana espontanea	Si
36	51-70	Femenino	Si	Mel + hematemesis	Criptogénica	3,31	2,40	1,64	Modo rado	NO	11	C	,89	3,31	1,64	16	9,7	108000	31	42	96,00	3,90	6,30	130,0	Alto	Si	Endoligadura	Mas de dos	Si
37	>70	Femenino	No	Mas de 3	Criptogénica	7,34	2,80	1,39	Modo rado	2	11	C	,99	7,34	1,39	18	9,1	211000	48	111	358,00	3,35	6,15	632,0	Alto	No	,00	Peritonitis bacteriana espontanea	Si
38	51-70	Femenino	No	Mel + hematemesis	Alcohol	4,16	2,90	2,03	Modo rado	NO	11	C	,73	4,16	2,03	20	7,2	41000	34	62	66,00	2,30	5,20	78,0	Alto	Si	Endoligadura	Mas de dos	No
39	51-70	Masculino	No	hematemesis +Sincope	Alcohol	3,15	2,30	2,30	Leve	1	12	C	,94	3,15	2,30	20	7,7	106000	15	20	35,00	2,30	4,60	92,0	Alto	Si	Endoscopia combinada	Choque hipovolémico	Si
40	51-70	Masculino	No	hematemesis +Sincope	Alcohol	2,26	2,23	1,78	Leve	NO	10	C	,96	2,26	1,78	16	7,9	106000	11	265	181,00	3,40	5,63	166,0	Alto	No	,00	Anemia hemorrágica	Si
41	>70	Masculino	No	Hematemesis	Alcohol	1,45	2,87	1,68	No	NO	6	A	1,15	1,45	1,68	15	10,0	89000	26	31	89,00	2,24	5,11	140,0	Alto	Si	Endoligadura	Ninguna	No
42	31-50	Masculino	No	Mel + hematemesis	Criptogénica	3,12	2,45	2,13	Modo rado	2	13	C	1,88	3,12	2,13	25	10,7	98000	48	88	156,00	2,30	4,75	125,0	Alto	No	,00	Peritonitis bacteriana espontanea	Si
43	51-70	Masculino	No	Melena	Alcohol	2,25	2,36	2,45	Leve	1	12	C	,72	2,25	2,45	20	9,4	139000	22	36	72,00	2,40	4,76	107,0	Alto	No	,00	Peritonitis bacteriana espontanea	Si
44	51-70	Masculino	No	Melena	Alcohol	4,21	2,60	2,21	Modo rado	2	13	C	1,24	4,21	2,21	23	8,0	144000	189	156	57,48	2,24	4,45	314,0	Alto	No	,00	Mas de dos	Si
45	>70	Femenino	No	Melena	Alcohol	3,20	2,53	2,18	Leve	1	12	C	1,35	3,20	2,18	22	9,4	98000	28	54	59,00	3,20	5,73	285,0	Alto	No	,00	Peritonitis bacteriana espontanea	Si

46	>70	Femenino	No	hematemesis +Síncope	Criptogénica	2,93	3,70	1,66	No	NO	7	B	1,40	2,93	1,66	19	5,8	114000	26	49	90,60	3,06	7,90	194,0	Alto	Si	Endoligadura	Choque hipovolémico	Si
47	31-50	Femenino	Si	Mel + hematemesis	Alcohol	1,43	2,58	1,75	No	NO	8	B	1,12	1,43	1,75	15	10,9	120000	60	67	80,00	1,95	4,53	254,0	Alto	No	,00	Ninguna	No
48	51-70	Femenino	No	hematemesis +Síncope	Alcohol	4,12	2,36	1,95	Leve	1	12	C	1,50	4,12	1,95	23	7,8	106000	28	54	54,00	3,10	5,46	157,0	Alto	No	,00	Resangrado	Si
49	51-70	Masculino	No	Mel + hematemesis	Alcohol	3,23	2,12	2,51	Modo-rado	2	14	C	1,19	3,23	2,51	23	10,0	111000	60	67	85,00	2,14	4,65	126,0	Alto	No	,00	Encefalopatía hepática	Si
50	>70	Femenino	Si	hematemesis +Síncope	Criptogénica	3,97	2,86	1,71	Modo-rado	2	12	C	,64	3,97	1,71	18	9,4	62000	22	55	109,00	2,32	5,18	159,0	Alto	Si	Endoligadura	Encefalopatía hepática	No
51	31-50	Femenino	No	Síncope	Metabólica	2,20	2,90	1,45	No	NO	7	B	,80	2,20	1,45	14	9,5	108000	47	92	314,00	2,40	5,30	405,0	Alto	Si	Endoligadura	Ninguna	No
52	51-70	Masculino	No	Hematemesis	Alcohol	2,30	2,75	1,56	No	NO	8	B	,65	2,30	1,56	15	10,5	132000	210	278	234,00	3,20	5,95	450,0	Alto	No	,00	Ninguna	No
53	51-70	Femenino	No	Mel + hematemesis	Autoinmune	1,86	3,20	1,65	No	NO	6	A	,74	1,86	1,65	14	10,5	150000	26	59	88,00	2,50	5,70	208,0	Alto	No	,00	Ninguna	No
54	51-70	Masculino	No	Hematemesis	Alcohol	5,23	2,12	2,56	Modo-rado	2	14	C	,71	5,23	2,56	23	8,7	98000	48	105	151,00	3,40	5,52	154,0	Alto	No	,00	Masdedos	Si
55	31-50	Femenino	No	Melena	Viral	2,20	2,84	1,83	No	NO	8	B	,98	2,20	1,83	16	9,6	86000	56	144	98,00	2,11	4,95	148,0	Alto	No	,00	Anemia hemorrágica	No
56	>70	Masculino	No	Hematemesis	Alcohol	3,45	2,00	2,03	Modo-rado	1	13	C	1,16	3,45	2,03	20	11,0	128000	47	80	254,00	3,40	5,40	352,0	Alto	No	,00	Peritonitis bacteriana espontánea	Si
57	51-70	Masculino	No	Hematemesis	Alcohol	1,23	3,30	1,58	No	NO	7	B	1,20	1,23	1,58	14	9,8	140000	48	78	145,00	2,20	5,50	154,0	Alto	No	,00	Ninguna	No
58	31-50	Masculino	No	Mel + hematemesis	Alcohol	4,13	2,71	1,52	Modo-rado	2	9	B	,64	4,13	1,52	16	10,2	141000	39	52	255,00	3,66	6,37	247,0	Alto	No	,00	Encefalopatía hepática	Si
59	31-50	Masculino	No	Hematemesis	Viral	3,56	2,21	1,96	Leve	1	12	C	1,15	3,56	1,96	20	7,1	84000	100	130	245,00	1,87	4,08	500,0	Alto	No	,00	Resangrado	Si
60	31-50	Masculino	No	Hematemesis	Alcohol	13,90	3,10	1,72	Modo-rado	2	12	C	,71	13,90	1,72	22	9,6	183000	33	110	887,00	4,10	7,20	202,0	Alto	No	,00	Encefalopatía hepática	No
61	31-50	Masculino	No	Mel + hematemesis	Alcohol	1,89	2,48	2,43	Modo-rado	2	12	C	1,81	1,89	2,43	24	7,7	144000	89	156	57,46	,97	3,45	94,0	Alto	Si	Endoligadura	Choque hipovolémico	No

62	51-70	Masculino	No	Melena	Alcohol	5,25	2,30	2,11	Leve	1	12	C	1,15	5,25	2,11	22	8,6	146000	28	58	48,00	2,50	4,80	190,0	Alto	No	,00	Re sangrado	Si
63	51-70	Femenino	No	Mel + hematemesis	Alcohol	3,20	2,96	1,56	No	NO	8	B	,98	1,63	1,56	13	8,5	78000	27	38	240,00	2,80	5,76	144,0	Alto	No	,00	Anemia hemorrágica	No
64	31-50	Femenino	No	Melena	Alcohol	1,56	3,20	1,75	No	NO	7	B	,65	1,56	1,75	14	10,5	106000	42	50	150,00	2,20	5,40	95,0	Alto	No	,00	Ninguna	No
65	>70	Femenino	No	Hematemesis	Criptogénica	6,67	2,90	1,11	Modo rado	2	11	C	,58	6,67	1,11	15	8,1	47000	120	12	381,00	3,20	6,10	914,0	Alto	Si	Endoligadura	Peritonitis bacteriana espontánea	No
66	>70	Femenino	Si	Melena	Criptogénica	2,56	2,40	1,11	Modo rado	NO	10	C	,85	2,56	1,11	11	6,5	48000	16	17	162,00	3,30	5,70	368,0	Alto	No	,00	Mas de dos	Si
67	31-50	Masculino	No	Mel + hematemesis	Alcohol	1,78	2,85	1,88	No	NO	7	B	,78	1,78	1,88	16	9,8	98000	60	64	209,00	3,60	6,45	290,0	Alto	Si	Endoligadura	Re sangrado	No
68	51-70	Masculino	No	Mel + hematemesis	Alcohol	2,78	2,22	2,06	Leve	1	12	C	,63	2,78	2,06	18	11,0	110000	30	42	72,00	2,10	4,50	107,0	Alto	Si	Endoligadura	Peritonitis bacteriana espontánea	Si
69	51-70	Femenino	No	Melena	Metabólica	6,21	2,25	2,43	Leve	NO	12	C	1,30	6,21	2,43	26	8,5	110000	60	67	105,00	1,98	4,23	287,0	Alto	No	,00	Re sangrado	Si
70	51-70	Femenino	No	Hematemesis	Viral	2,30	3,20	2,00	No	NO	8	B	1,11	2,30	2,00	18	8,8	108000	80	89	104,00	2,10	5,30	254,0	Alto	Si	Endoligadura	Ninguna	No
71	51-70	Femenino	No	Melena	Criptogénica	1,96	2,90	1,25	No	2	7	B	,37	1,96	1,25	11	10,3	105000	63	92	105,00	2,60	15,50	185,0	Alto	No	,00	Anemia hemorrágica	No
72	31-50	Masculino	No	Mel + hematemesis	Alcohol	2,08	3,30	1,38	Modo rado	2	10	C	1,18	2,08	1,38	14	8,8	108000	47	92	544,00	2,40	5,70	357,0	Alto	No	,00	Mas de dos	Si
73	>70	Masculino	No	Hematemesis	Alcohol	1,95	2,54	1,56	No	NO	7	B	1,13	1,95	1,56	15	9,4	110000	78	85	106,00	1,87	4,41	172,0	Alto	No	,00	Anemia hemorrágica	No
74	>70	Femenino	No	Melena	Metabólica	1,86	2,85	1,78	Leve	NO	8	B	,90	1,86	1,78	15	10,5	98000	55	144	240,00	3,26	6,11	98,0	Alto	No	,00	Ninguna	No
75	51-70	Masculino	No	Mel + hematemesis	Alcohol	4,45	2,65	2,40	Modo rado	1	14	C	,75	4,45	2,40	22	7,8	95000	39	60	109,00	3,20	5,85	100,0	Alto	Si	Endoligadura	Mas de dos	Si
76	31-50	Femenino	Si	Hematemesis	Autoinmune	1,75	2,70	1,38	Modo rado	NO	9	B	1,18	1,75	1,38	14	11,1	53000	34	29	255,00	2,50	5,20	327,0	Alto	Si	Endoligadura	Encefalopatía hepática	No
77	>70	Masculino	Si	hematemesis +Sincope	Criptogénica	2,09	2,60	2,50	Modo rado	2	12	C	,77	2,09	2,50	19	9,7	87000	19	34	89,00	3,20	5,80	160,0	Alto	No	,00	Encefalopatía hepática	Si

78	51-70	Masculino	No	hematemesis +Síncope	Alcohol	,64	2,30	1,98	No	2	9	B	,81	,64	1,98	14	7,5	36000	32	34	85,00	2,50	4,80	164,0	Alto	Si	Endoligadura	Choque hipovolémico	Si
79	51-70	Masculino	No	hematemesis +Síncope	Alcohol	23,20	2,04	2,53	Modo rado	2	14	C	,68	23,20	2,53	29	9,2	334000	49	136	398,00	2,89	4,93	274,6	Alto	No	,00	Mas de dos	Si
80	31-50	Femenino	No	Melena	Alcohol	1,24	1,95	2,71	Modo rado	2	12	C	,89	1,24	2,71	18	7,8	40000	31	108	75,00	3,64	5,61	254,0	Alto	No	,00	Anemia hemorrágica	Si
81	>70	Masculino	No	Hematemesis	Alcohol	3,36	2,85	2,21	Leve	1	11	C	1,15	3,36	2,21	21	10,2	84000	25	48	80,00	2,14	4,99	90,0	Alto	No	,00	Peritonitis bacteriana espontánea	Si
82	31-50	Masculino	No	Melena	Alcohol	5,65	2,23	2,46	Modo rado	2	14	C	1,23	5,65	2,46	25	11,3	174000	48	50	54,00	3,10	5,33	57,0	Alto	No	,00	Encefalopatía hepática	Si
83	51-70	Masculino	No	Mel + hematemesis	Alcohol	1,84	2,84	1,54	No	NO	6	A	1,10	1,84	1,54	14	9,2	98000	85	98	124,00	2,11	4,97	180,0	Alto	No	,00	Ninguna	No
84	31-50	Masculino	Si	Mel + hematemesis	Alcohol	2,74	3,08	1,59	Leve	NO	8	B	1,16	2,74	1,59	17	7,1	69000	26	31	97,00	2,24	5,32	150,0	Alto	Si	Endoligadura	Anemia hemorrágica	No
85	31-50	Masculino	No	Melena	Alcohol	2,69	2,98	1,65	No	NO	7	B	,89	2,69	1,65	16	10,7	178000	85	110	885,00	4,10	7,08	205,0	Alto	No	,00	Ninguna	Si
86	51-70	Masculino	No	Melena	Alcohol	3,56	2,78	1,69	No	NO	9	B	1,23	3,56	1,69	19	9,4	115000	78	90	154,00	2,10	4,88	104,0	Alto	No	,00	Mas de dos	Si
87	51-70	Masculino	No	Mel + hematemesis	Alcohol	2,96	2,15	2,20	Leve	1	12	C	1,19	2,96	2,20	21	9,7	86000	19	34	85,00	2,50	4,65	160,0	Alto	No	,00	Anemia hemorrágica	Si
88	51-70	Masculino	No	Hematemesis	Criptogénica	1,96	3,21	2,03	Leve	NO	8	B	,68	1,96	2,03	17	10,4	154000	26	45	59,00	2,40	5,61	154,0	Alto	No	,00	Ninguna	Si
89	51-70	Masculino	Si	Hematemesis	Criptogénica	,98	2,47	2,01	No	NO	8	B	,78	,98	2,01	14	4,1	108000	25	36	80,00	2,78	5,25	131,0	Alto	No	,00	Re sangrado	Si
90	51-70	Femenino	Si	Melena	Criptogénica	1,12	2,60	1,87	Modo rado	NO	10	C	,92	1,12	1,87	14	5,9	113000	20	27	53,00	1,80	4,40	90,0	Alto	Si	Endoligadura	Re sangrado	No
91	>70	Femenino	No	Hematemesis	Criptogénica	5,23	2,61	2,36	Leve	1	12	C	1,20	5,23	2,36	24	10,4	120000	66	90	88,00	2,12	4,73	94,0	Alto	No	,00	Ninguna	Si
92	51-70	Masculino	No	Mel + hematemesis	Alcohol	1,96	3,20	1,42	No	NO	6	A	1,16	1,96	1,42	14	8,2	97000	27	48	90,00	1,40	4,01	120,0	Alto	No	,00	Anemia hemorrágica	No
93	51-70	Masculino	No	Mel + hematemesis	Alcohol	2,20	3,80	1,29	No	NO	6	A	,91	2,20	1,29	12	9,5	140000	46	78	89,00	1,25	5,05	89,0	Alto	No	,00	Ninguna	No
94	51-70	Masculino	No	Mel + hematemesis	Alcohol	5,01	2,30	1,29	No	2	10	C	1,18	5,01	1,29	17	8,3	40000	43	67	142,00	2,90	5,20	226,0	Alto	No	,00	Ninguna	No
95	>70	Femenino	No	Hematemesis	Criptogénica	2,63	2,12	2,63	Modo rado	2	13	C	,84	2,63	2,63	21	9,8	98000	34	40	85,00	2,40	4,52	154,0	Alto	Si	Endoligadura	Mas de dos	Si
96	51-70	Masculino	No	Hematemesis	Criptogénica	8,23	2,53	2,26	Modo rado	3	14	C	1,32	8,23	2,26	26	9,4	128000	25	36	85,00	2,40	5,60	140,0	Alto	No	,00	Mas de dos	Si

97	51-70	Masculino	No	hematemesis +Síncope	Alcohol	12,33	2,42	2,56	Modo rado	2	14	C	1,11	12,33	2,56	27	6,5	82000	1111	265	181,00	3,49	5,91	166,0	Alto	No	,00	Mas de dos	Si
98	51-70	Masculino	Si	Mas de 3	Alcohol	1,92	2,40	2,22	Modo rado	NO	10	C	,65	1,92	2,22	18	6,6	119000	1520	35,00	2,30	4,70	91,0	Alto	Si	Endoliga dura	Choque hipovol émico	No	
99	51-70	Masculino	No	Mel + hematemesis	Alcohol	1,98	2,56	1,98	Modo rado	NO	10	C	,78	1,98	1,98	17	10,2	140000	2649	90,00	2,50	5,06	198,0	Alto	Si	Endoliga dura	Ningun a	Si	
100	51-70	Masculino	No	Mel + hematemesis	Alcohol	1,86	2,36	2,15	Leve	1	10	C	,84	1,86	2,15	16	7,0	118000	24138	89,00	2,40	4,76	206,0	Alto	No	,00	Choque hipovol émico	Si	
101	18-30	Masculino	Si	Mel + hematemesis	Criptog énica	1,79	4,21	1,30	No	NO	5	A	1,18	1,79	1,30	13	10,9	115000	2236	50,00	1,74	5,95	97,0	Alto	Si	Endosco pia combina da	Ningun a	No	
102	>70	Femenino	Si	Melena	Criptog énica	1,45	2,80	1,04	No	NO	6	A	2,03	,70	1,04	14	10,4	241000	1935	45,00	3,50	6,30	48,0	Bajo	No	,00	Ningun a	No	
103	51-70	Femenino	Si	Mel + hematemesis	Criptog énica	3,85	2,54	1,75	Leve	2	12	C	2,26	1,37	1,40	19	9,6	159000	6056	309,00	3,60	6,14	290,0	Alto	Si	Endoliga dura	Síndro me hepator renal	Si	
104	51-70	Femenino	No	Mel + hematemesis	Metab ólica	4,53	2,55	1,86	Modo rado	1	13	C	1,32	4,53	1,86	22	8,7	136000	2755	48,00	2,60	5,14	190,0	Alto	No	,00	Anemia hemorr ágica	Si	
105	31-50	Masculino	No	Hematemesis	Alcohol	3,72	3,50	1,26	No	NO	8	B	2,65	3,72	1,26	23	10,2	145000	5594	96,00	3,00	6,50	172,0	Alto	No	,00	Síndro me hepator renal	No	
106	51-70	Masculino	Si	Hematemesis	Alcohol	7,68	2,80	2,40	Modo rado	2	13	C	2,19	7,68	2,40	31	6,7	100000	2755	48,00	2,60	5,40	190,0	Alto	No	,00	Síndro me hepator renal	Si	

