

**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN**

**NICOLÁS DE HIDALGO**



**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**MEMORIA DE EXPERIENCIA EN SERVICIO SOCIAL**

***“Factores Principales que Incrementan la Tasa de Mortalidad  
en Pacientes con Hemorragia de Varices Esofágicas”***

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE**

**Licenciada en Enfermería**

**PRESENTA:**

**P.L.E Suri Sarai Chacón Corona**

**ASESORA:**

**Doctora En Educación Josefina Valenzuela Gandarilla**

**Morelia Michoacán, Enero del 2015**



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN  
NICOLÁS DE HIDALGO**



**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**MEMORIA DE EXPERIENCIA EN SERVICIO SOCIAL**

***“Factores Principales que Incrementan la Tasa de Mortalidad  
en Pacientes con Hemorragia de Varices Esofágicas”***

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE**

**Licenciada en Enfermería**

**PRESENTA:**

**P.L.E Suri Sarai Chacón Corona**

**ASESORA:**

**Doctora En Educación Josefina Valenzuela Gandarilla**

**Morelia Michoacán, Enero del 2015**

## **DIRECTIVOS**

### **DIRECTORA**

*Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela*

### **SECRETARIA ACADÉMICA**

*ME. Ruth Esperanza Pérez Guerrero*

### **SECRETARIO ADMINISTRATIVO**

*MCE Roberto Martínez Arenas*

## MESA SINODAL

Presidente:

*Doctora en Educacion Josefina Valenzuela Gandarilla*

josefina\_vgandarilla@yahoo.com.mx

1er Vocal

*L.E.I. Josué Vargas Peña*

lic.enf\_jvp@Hotmail.com

2º Vocal

*Dr. Fernando Villafan Caro*

Frvcaro@hotmail.com

## DEDICATORIAS

*Al Dr. Samuel Joaquín Flores*

*Padre tu Significas Todo Para Mí, Que Con Palabras, No puedo Expresar Todo El Amor Que*

*Siento Yo Por ti. Eres Lo más Hermoso Que Dios Envío a Mi Vida.*

*Gracias por tu Amor, Protección, Dirección y Ejemplo.*

*Gracias por tu Bondad, Por Enseñarme Siempre la Verdad. ¡Tus*

*Oraciones Han Sido Mi Fortaleza!*

*Dios Te Bendiga y Te Recompense Aún Mas...*

*A Mis Padres:*

*Alfredo Chacón Rodríguez y Rosa Corona Huerta*

*¡Les Dedico un Triunfo Más en Mi Vida!*

*Gracias por darme la vida, por enseñarme a amar a Dios, por su apoyo incondicional, por enseñarme a*

*luchar con razón, por su ejemplo, amor y confianza... Su unión fue la fuerza que me impulso*

*Y su amor el estímulo que me ayudo a lograrlo.*

*Mis logros alcanzados son también de ustedes, resultado de su esfuerzo, sacrificio y tiempo invertido*

*en mí... Por lo que hasta el momento ha sido en mi vida y en mi futuro será:*

*Gracias... Mi infinita gratitud, con amor y admiración a*

*Mis padres que amo tanto.*

# GRATITUD

## *Agradezco a Dios*

*Gracias Dios Mío Por Darme todo, Sin Merecer Nada...*

*Gracias Por Darme Amor, Paz, Fortaleza, y Sabiduría.*

*Gracias Padre por Que Tú Me Invitas a Colaborar Contigo*

*Para Que Todos Tengan Una Vida Plena y Saludable...*

*Solo Te Pido Que Recubras Mis Manos Con Aquella Suavidad*

*Que Tu Derramas en Nuestro Mundo.*

*Ayúdame a Descubrir El Poder Sanador de La Ternura Que*

*Se Expresa En La Palabra Dulce, En La Mirada Compasiva y en*

*La Caricia Leve. Dame Comprensión Para el Dolor Humano y Ayúdame a Aliviarlo*

*En Cuanto Pueda Con Los Medios Que Estén al Alcance De Mis Frágiles Manos.*

## **AGRADECIMIENTO**

*Mi Infinito Agradecimiento a:*

***La Universidad Michoacana de San Nicolás De Hidalgo,***

*a Las Autoridades De: **La Facultad de Enfermería,** y así mismo a Todo*

***El Personal Docente*** *Que Con Dedicación, Atención, Profesionalismo y Humanidad,*

*Colaboraron en Mi Formación Académica.*

*Gracias*

*Agradezco Amplia y Cordialmente al*

***Instituto de Seguridad y Servicios Sociales De Los Trabajadores del Estado.***

***ISSSTE***

*Al Hospital General Vasco de Quiroga, Actualmente Hospital Regional Morelia: El Cual ha  
Colaborado De Manera Muy Importante Para Mi Desarrollo Profesional.*

*Agradezco Infinitamente a las Autoridades de La Institución Por Dar-me La Oportunidad  
de Formar Parte del Equipo de Trabajo. Eh Puesto y Seguiré Poniendo Mi Mayor Esfuerzo*

*En Brindar Una Atención de Calidad y Calidez en Beneficio del Derechohabiente.*

## **AGRADECIMIENTO**

*Agradezco con Admiración, Respeto, y Cariño a la*

***Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla***

*Por Brindarme su Asesoría y Apoyo, para La Culminación de La Presente Memoria de  
Experiencia en Servicio Social*



# ÍNDICE

## MARCO CONTEXTUAL

### CAPÍTULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2 OBJETIVOS .....	4
1.2.1 OBJETIVO GENERAL .....	4
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	4
1.3 JUSTIFICACIÓN .....	6

### CAPITULO II

#### MARCO TEÓRICO

2.1 DEFICION VÁRICES ESOFÁGICAS .....	9
2.2 HEMORRAGIA ACTIVA DE VARICES ESOFÁGICAS .....	10
2.3 CLASIFICACIÓN DE VÁRICES ESOFÁGICAS .....	11
2.4 ETIOLOGÍA DE VÁRICES ESOFÁGICAS .....	12
2.5 CUADRO CLÍNICO .....	34
2.6 DIAGNOSTICO .....	35
2.7 TRATAMIENTO.....	36
2.7.1 ESCLEROTERAPIA DE VARICES ESOFÁGICAS .....	36
2.7.2 ENDOLIGADURA DE VÁRICES ESOFÁGICAS.....	37
2.7.3 PROCEDIMIENTO EFECTIVO ENDOLIGADURA DE VÁRICES.....	38
ESOFÁGICAS.....	38
2.7.4 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.....	39
2.8 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA ACTIVA DE VARICES ESOFÁGICA.....	40
2.9 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIAS...	42
2.10 PREVENCIÓN .....	44

<b>2.10.1 PREVENCIÓN DE LA RECIDIVA HEMORRÁGICA.....</b>	<b>44</b>
<b>2.10.2 PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES.....</b>	<b>45</b>
<b>2.11 MEDIDAS COMPLEMENTARIAS QUE CONTRIBUYEN A DISMINUIR LA MORBIMORTALIDAD.....</b>	<b>47</b>

**CAPITULO III  
METODOLOGÍA**

<b>3.1 SUGERENCIAS A IMPLEMENTAR.....</b>	<b>50</b>
---	-----------

**CAPITULO IV  
EXPERIENCIAS**

<b>4.1 RESULTADOS Y EXPERIENCIAS.....</b>	<b>54</b>
---	-----------

**CAPITULO V**

<b>5.1 CONCLUSIONES.....</b>	<b>57</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>58</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>65</b>

## Resumen

La presente memoria de experiencia en servicio social trata de un problema de salud muy grave; La cual es la hemorragia de varices esofágicas. Dentro de esta patología existen factores muy importantes que incrementan la tasa de mortalidad. Fue esto lo que motivo a realizar la presente investigación.

Las varices esofágicas son venas en el interior de esófago anormalmente dilatadas que cuando estas se rompen aparece la hemorragia activa, de ahí se desencadenan múltiples complicaciones que ponen en riesgo la vida del paciente.

Lo más preocupante de las varices esofágicas es que la mayoría de los pacientes que las padecen, desconocen que tienen este padecimiento, hasta que presentan el primer cuadro de hemorragia.

La memoria de experiencia en servicio social contiene como inicio de la investigación, un planteamiento del problema, en el cual se detecta, se investiga, se analiza y delimita la afectación del mismo. Además se plantean objetivos de suma importancia los cuales se basan en detectar los factores principales que incrementan la tasa de mortalidad, y así mismo se plantea objetivos que limiten el daño, además se proponen medidas preventivas que eviten el incremento en la tasa de mortalidad por esta causa.

## Resumen Documental Abstract

Herein of experience in social service is a very serious health problem; Which is bleeding esophageal varices. In this condition there are very Important factors that increase the mortality rate . It was this that motivated conduct this investigation.

Esophageal varices are veins within abnormally dilated esophagus active bleeding , hence multiple complications that threaten the patient's life are triggered when these break appears .

Most worrying of esophageal varices is that most patients who suffer , not know that they have this condition until present the first frame of bleeding.

The memory of experience in social service contains as the beginning of the investigation, a problem statement, in which it is detected, researches, analyzes and defines the allocation thereof. Additionally important objectives which are based on detecting the main factors that increase mortality , and likewise targets limiting damage arising arises also preventive measures to avoid the increase in the mortality rate for this proposed cause.

Main Factors Increase Mortality

## INTRODUCCIÓN

Las varices esofágicas son venas en el esófago anormalmente dilatadas consecuencia de la dificultad que el hígado enfermo ofrece al paso de la sangre. Estas várices son vasos colaterales porto sistémicos es decir, canales vasculares que unen la circulación venosa portal y la sistémica.

Las varices se forman como consecuencia de la hipertensión portal. La hipertensión portal es un síndrome clínico caracterizado por un incremento de la presión venosa portal que da lugar a la formación de una red extensa de colaterales porto sistémicas que derivan la sangre del territorio portal a la circulación sistémica impidiendo su llegada al hígado. La obstrucción de la vena porta a cualquier nivel ocasiona un aumento de la presión portal lo cual ocasiona una ruptura por la presión en el interior de la variz ya que supera la resistencia de su pared. Es aquí cuando se presenta la hemorragia de las varices esofágicas. (Cherem Halabe, Rubio Guerra, & Espinoza Reynoso, 2006 )

La hemorragia de várices esofágicas se considera una de las complicaciones más serias en los pacientes con cirrosis hepática, constituyendo una de las primeras causas de muerte en pacientes con este padecimiento, es por ello que esta complicación es una urgencia médica y su tratamiento debe realizarse de manera precoz y preferentemente en instituciones de salud con experiencia.

En estas circunstancias el tratamiento se debe dirigir tanto al control de la hemorragia, como a la prevención y terapéutica de las complicaciones asociadas.

Es por ello que este estudio describe ampliamente tal complicación como son; las varices esofágicas y la hemorragia severa que ocasiona su ruptura, provocando la muerte de estos pacientes y elevando la tasa de mortalidad. Se describe esta complicación desde su definición, origen, clasificación, manifestación, detección, diagnóstico, manejo, Intervenciones, tratamiento, rehabilitación y prevención. Así se expone en este estudio un problema grave de salud, en el cual también se identifican los Factores Principales que Incrementan la Tasa de Mortalidad en Pacientes con Hemorragia de Varices Esofágicas, con la finalidad de promover una alternativa de solución.

# **MARCO CONTEXTUAL**

## **CAPITULO I**

## 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Hospital General Vasco de Quiroga ISSSTE de Morelia Michoacán, en el Servicio de Urgencias Generales, durante la prestación de mi servicio social, como pasante de Licenciatura en Enfermería, en periodo de un año del 2011-2012. Se observó que múltiples ingresos al servicio de urgencias generales se debe al diagnóstico de sangrado de tubo digestivo alto, sin especificar causa.

Al indagar sobre las principales causas de sangrado de tubo digestivo alto, se conoce que la principal es la ruptura de varices esofágicas, pero que además esta complicación eleva la tasa de mortalidad en pacientes con cirrosis hepática, ya que se desconoce tal complicación debido a que es interna, silenciosa, y sin dolor, se manifiesta por hematemesis y melena.

Después de algunas horas de haber ingresado los pacientes con sangrado de tubo digestivo alto, al servicio de urgencias generales, se observa que hemodinámicamente hay una descompensación grave ya que la mayoría presentan un cuadro de anemia aguda, esto se debe a las horas o días que llevan con el sangrado activo sin acudir al hospital, más agregando las horas que transcurren en el hospital desde su ingreso, mientras se da seguimiento al protocolo, hasta solicitar una endoscopia digestiva alta. Es pues así que la vida del paciente está en riesgo mientras no sea tratado oportunamente.



El 80% de los pacientes que ingresan al servicio de urgencias generales por primera vez con el diagnóstico de hemorragia de tubo digestivo alto, desconocen la causa del sangrado e ignoran que presentan esta complicación interna, ya que nunca se han realizado una endoscopia. Esto pone en riesgo su vida por ser una complicación grave.

Al realizarse la endoscopia en el hospital para determinar la causa de sangrado en su mayoría, se observan varices esofágicas grado IV o V, con ruptura de una o varias varices y presentando un sangrado activo. Es por ello que el ingreso de pacientes con sangrado de tubo digestivo alto al servicio de urgencias generales se debe manejar como una urgencia.

El servicio de endoscopias cuenta con el equipo electro médico, para diagnosticar y tratar esta complicación. Esto lo sé debido a que después de 6 meses de rotar en diferentes servicios, me asignaron al departamento de endoscopias gastroenterológicas.

Es así como tuve la oportunidad de detectar este problema y darle un seguimiento aun sin fundamentos para hacerlo como investigación formal. Por ello al presentarse la oportunidad de realizar una memoria de experiencia en servicio social, se toma en cuenta esta inquietud que surgió y se inicia a estructurar la presente memoria, con la finalidad de ampliar mis conocimientos sobre esta complicación, así mismo Informar a la población sobre este riesgo,

prevenir tal padecimiento y proponer alternativas con una finalidad principal que es disminuir la elevada tasa de mortalidad.

La pregunta que emana del problema es la siguiente:

**¿Cuáles Son Los Factores Principales que Incrementan la Tasa de Mortalidad en Pacientes con Hemorragia de Varices Esofágicas?**

## 1.2 OBJETIVOS

La presente investigación pretende los siguientes objetivos:

### 1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Identificar los factores principales que incrementan la tasa de mortalidad en pacientes con hemorragia activa de varices esofágicas, en el Hospital General “Vasco de Quiroga, ISSSTE de Morelia Michoacán México.

### 1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Disminuir la elevada tasa de mortalidad en pacientes con hemorragia activa de varices esofágicas.
- Informar a la población la principal complicación de cirrosis hepática e Hipertensión portal, la cual es: Hemorragia de varices esofágicas.

- Prevenir a los pacientes que están en riesgo de presentar hemorragia de varices esofágicas, y explicar la importancia de realizarse una endoscopia de rutina.
- Sugerir a los pacientes a realizarse un estudio endoscópico que valore su estado de salud y diagnostique oportunamente la presencia de varices esofágicas.
- Mantener en control y vigilancia a los pacientes que presentan varices esofágicas y que están en riesgo de presentar sangrado o resangrado.
- Promoción a la salud dirigida a pacientes alcohólicos en centros de rehabilitación, ya que esta es la población de alto riesgo.
- Evaluar y capacitar al servicio de Urgencias y Endoscopias del Hospital General “Vasco de Quiroga” ISSSTE de Morelia, Michoacán, en la efectividad al brindar atención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación oportuna a pacientes con hemorragia de varices esofágicas.

### 1.3 JUSTIFICACIÓN

La presente experiencia emite la problemática a nivel mundial de la cirrosis hepática y sus complicaciones. Ya que esta constituye uno de los principales problemas de salud en el mundo, debido a su alta morbimortalidad.

Las tasas de defunción más elevadas se registran en Moldavia (91 por 100.000 habitantes) y Hungría (85 por 100.000), mientras que las cifras más bajas, entre 3 y 5 por 100.000 habitantes, corresponden a Irlanda, Colombia, Holanda, Singapur, Israel y Noruega. En algunos países de América Latina, como Chile y México, la cirrosis hepática ocupa, entre el 5° y 6° lugar como causa de muerte general. (Romero S., Serrano , & Añez, 2009)

La principal complicación de la cirrosis hepática es la hipertensión portal que desencadena la hemorragia de varices esofágicas por ruptura. En México Estudios endoscópicos muestran que la prevalencia de vórices esofágicas en los pacientes con cirrosis hepática es de 60%, mientras que la probabilidad a 5 años de desarrollar vórices esofágicas sería de 83%. En los pacientes con vórices esofágicas el 20% experimentan un primer episodio de sangrado por año, el cual tiene una mortalidad de 30%. Se estima que 40% de los pacientes cirróticos fallecen a consecuencia de hemorragia por vórices esofágicas. (Lund R., Macody, Garzon Domador, & Frydman, 2013)

Esta experiencia con la estadística mencionada anteriormente justifica ampliamente la importancia de desarrollar el presente estudio, ya que pretende Identificar los factores principales que incrementan la tasa de mortalidad en pacientes con hemorragia activa de varices esofágicas, en el Hospital General “Vasco de Quiroga, ISSSTE de Morelia Michoacán México. Con el objetivo de disminuir la tasa de Mortalidad. Así mismo Informar a la población la principal complicación de cirrosis hepática e Hipertensión portal, la cual es: Hemorragia de varices esofágicas. También se propone prevenir a los pacientes que están en riesgo de presentar hemorragia de varices esofágicas, y explicar la importancia de realizarse una endoscopia de rutina. Se propone Motivar a Los pacientes a realizarse un estudio endoscópico que valore su estado de salud y diagnostique oportunamente la presencia de varices esofágicas. Se propone Mantener en control y vigilancia a los pacientes que presentan varices esofágicas y que están en riesgo de presentar sangrado o resangrado. Se plantea la promoción a la salud dirigida a pacientes alcohólicos en centros de rehabilitación, ya que esta es la población de alto riesgo. Como planteamiento importante se implementa una Evaluación al servicio de urgencias y endoscopias del Hospital General “Vasco de Quiroga” ISSSTE de Morelia, Michoacán, en la efectividad al brindar atención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación oportuna a pacientes con hemorragia de varices esofágicas. Todo esto con la finalidad de Disminuir la tasa de Mortalidad.

## **CAPITULO II**

# **MARCO TEÓRICO**



## 2.1 DEFINICIÓN DE VÁRICES ESOFÁGICAS

Las várices esofágicas son vasos colaterales porto sistémicos es decir, canales vasculares que unen la circulación venosa porta y la sistémica. Son venas anormalmente dilatadas que se encuentran en la submucosa de la parte inferior del esófago. En estas venas dilatadas circula parte de la sangre que en condiciones normales debería pasar a través del hígado. La dilatación de las varices esofágicas es consecuencia de la dificultad que el hígado enfermo ofrece al paso de la sangre. (Gispert, Prats, & Corpas, 2006)

La obstrucción de la vena porta a cualquier nivel ocasiona un aumento de la presión portal. La hipertensión portal se caracteriza por un incremento anormal de la presión venosa portal mayor de 12 mmHg, y, por consecuencia, la formación de colaterales que desvían la sangre portal hacia la circulación sistémica sin pasar por el hígado. (Samada Suarez, Hernandez Perera, & Barroso Marquez, 2010)



## **2.2 HEMORRAGIA ACTIVA DE VARICES ESOFÁGICAS**

El principal problema de la existencia de las varices esofágicas es el riesgo de ruptura, fenómeno que ocurre cuando la presión en el interior de la variz supera la resistencia de su pared. La hemorragia por rotura de varices esofágicas es habitualmente muy abundante y supone una grave complicación, de tal forma que la posibilidad de morir como consecuencia de la hemorragia es del 50%.

La hemorragia por varices en el esófago es una urgencia médica y su tratamiento debe realizarse de manera precoz y preferentemente en instituciones de salud con experiencia. En estas circunstancias el tratamiento se debe dirigir tanto al control de la hemorragia, como a la prevención y terapéutica de las complicaciones asociadas. (Bosques Padilla, Carmona Sanchez, & Teramoto Matzubara, 2012)

## 2.3 CLASIFICACIÓN DE VÁRICES ESOFÁGICAS

La clasificación para las diferentes várices esofágicas se basa en el calibre o tamaño de las mismas. La mayoría distinguen 4 grados, siendo la más conocida la clasificación de Paquet.

- **Grado I:** Mínima protrusión de la pared esofágica o teleangiectasias e hipervascularización capilar. (Várices azules o rojas menores de 2 mm de diámetro.)
- **Grado II:** Presencia de nódulos o cordones moderadamente protruyentes que ocupan como máximo 1/4 de la luz esofágica. (Várices azules 2-3 mm de diámetro)
- **Grado III:** Protrusión de varices que invade hasta de la mitad de la luz esofágica. (Varices azules elevadas de 3-4 mm de diámetro)

- **Grado IV:** Varices tan gruesas que ocupan más de la mitad de la luz esofágica (Várices azuladas tortuosas mayores de 4 mm de diámetro, casi uniéndose en la línea media.)
- **Grado V:** Varices muy Dilatadas, obstructivas, en forma de racimo de uvas ocluyendo el lumen y mostrando la presencia de pequeñas várices rojo cereza sobrepuestas a várices azul grisácea. (Valenti, 2006)

## 2.4 ETIOLOGÍA DE VÁRICES ESOFÁGICAS

Las varices esofágicas se forman como consecuencia de la hipertensión portal. La causa más frecuente de hipertensión portal es la enfermedad crónica del hígado conocida como cirrosis hepática. Es por ello que como etiología de las varices esofágicas hablaremos primeramente de la cirrosis hepática, y posteriormente de la principal complicación de esta, la cual es hipertensión portal.

## Cirrosis Hepática

La cirrosis hepática constituye un problema de salud pública mundial con tasas de defunción elevadas en Moldavia y Hungría (91 a 85 por 100 mil habitantes, respectivamente) con cifras menores en Irlanda, Israel y Noruega (3 a 5 por 100 mil habitantes), en países de América Latina como Chile y Ecuador ocupó el 5° y 9° lugar como causa de fallecimiento.

Durante el año 2008 a nivel mundial las enfermedades hepáticas y la cirrosis hepática fueron responsables de 797 mil fallecimientos, mientras que en México se registraron 26.627 defunciones en el mismo año; cifra que se mantiene casi constante para 2012 con un total 27.961 muertes. En el estado mexicano de Chiapas se reportaron un total de 1.226 decesos durante 2012.

En México la mortalidad por cirrosis hepática se ha considerado un grave problema de salud pública con variaciones regionales, de género, grupo etario y factores de riesgo asociados a daño hepático a través del tiempo desde 1950 a la fecha. Los fallecimientos de la cirrosis hepática están principalmente relacionados con las complicaciones.

La cirrosis hepática es el estadio final de todas las enfermedades hepáticas crónicas progresivas. Es una alteración histopatológica difusa del hígado caracterizada por pérdida del parénquima hepático, formación de septos fibrosos y nódulos de regeneración estructuralmente anormales, dando lugar a una distorsión de la arquitectura hepática normal y a una alteración de la anatomía de la vascularización hepática y de la microcirculación.

La cirrosis hepática es una enfermedad crónica del hígado, esta se caracteriza por la atrofia y degeneración del mismo, el hígado muestra un aspecto granuloso, amarillento, debido a la existencia de nódulos de tejido hepático (nódulos de regeneración) separados entre sí por tejido fibroso. La coloración amarillenta se debe a la acción de pigmentos biliares.

### **Historia Natural De La Cirrosis Hepática**

La cirrosis hepática es el estadio final de todas las enfermedades hepáticas crónicas. Su historia natural se caracteriza por una fase asintomática, denominada cirrosis compensada, de duración variable. En esta fase los pacientes pueden llegar a tener hipertensión portal y varices esofágicas. A

medida que la enfermedad progresa con el desarrollo de mayor hipertensión portal y mayor deterioro de la función hepática aparecen las complicaciones de la denominada cirrosis descompensada, como ascitis, hemorragia por varices, encefalopatía hepática o ictericia. El desarrollo de cualquiera de estas complicaciones marca la transición de la fase compensada a la descompensada. La progresión de la enfermedad parece que se acelera, con riesgo de muerte con el desarrollo de complicaciones tales como el resangrado, insuficiencia renal (ascitis refractaria, síndrome hepatorenal), síndrome hepatopulmonar y sepsis (peritonitis bacteriana espontánea). El desarrollo de hepatocarcinoma puede acelerar el curso de la enfermedad tanto en la fase compensada como descompensada.

### **Factores de Riesgo De Cirrosis Hepática**

Diabetes mellitus y obesidad después del consumo de alcohol; seguidos del consumo de productos de medicina alternativa y complementaria son los tres factores más importantes. Los dos primeros en relación al hígado graso no alcohólico, mientras que el tercero lo es en relación al daño hepático que estos productos inducen tras su consumo y el mayor número de reportes a nivel internacional.

## Causas Principales De La Cirrosis Hepática

- ❖ Alcoholismo crónico
- ❖ Hepatitis viral tipo B, C, D
- ❖ Hepatitis Auto Inmune
- ❖ Trastornos hereditarios
  - Deficiencia de Alfa-1 Antitripsina
  - Fibrosis Quística
  - Hemocromatosis
  - Enfermedad de Wilson
  - Galactosemia
  - Enfermedades Relacionadas con el almacenaje del glicógeno
- ❖ Atresia biliar
- ❖ Reacción severa a fármacos
- ❖ Exposición a toxinas ambientales
- ❖ Ataques repetidos de fallo cardiaco acompañado de congestión hepática.

## **Clasificación De cirrosis hepática**

- Cirrosis hepática alcohólica
- Cirrosis vírica
- Cirrosis hepática autoinmune
- Cirrosis biliar primaria
- Cirrosis biliar secundaria
- Cirrosis cardiaca

### **Cirrosis Hepática Alcohólica**

El consumo excesivo y prolongado de bebidas alcohólicas es una de las principales causas de la cirrosis. Asimismo, el consumo excesivo de alcohol contribuye a una mayor progresión de la lesión hepática en pacientes con otras hepatopatías como hepatitis crónica por el VHC, esteatosis hepática relacionada con síndrome metabólico, etc. El umbral para desarrollar una enfermedad hepática alcohólica grave en los varones se calcula en un consumo superior a 60-80 g de alcohol durante 10 años, mientras que las mujeres tienen



riesgo de desarrollarla consumiendo menos cantidad. El diagnóstico de hepatopatía alcohólica requiere de un interrogatorio preciso respecto a la cantidad y duración del consumo del alcohol. En los pacientes que han tenido complicaciones de cirrosis y que siguen bebiendo, la supervivencia a 5 años es inferior al 50%. En los que suspenden el consumo de alcohol y conservan la abstinencia, el pronóstico es significativamente más favorable; en éstos, cuando la hepatopatía es avanzada, el trasplante hepático es una opción viable.

### **Complicaciones De La Cirrosis Hepática Alcohólica**

- Hipertensión portal
- Ascitis
- Peritonitis bacteriana
- Encefalopatía hepática
- Síndrome hepatorenal

## **Signos y Síntomas De La Cirrosis Hepática Alcohólica**

Las personas que tienen cirrosis hepática con frecuencia tienen pocos síntomas al comienzo de la enfermedad.

Los dos problemas principales que eventualmente ocasionan síntomas son: pérdida del funcionamiento de las células hepáticas y distorsión del hígado causado por la cicatrización. Las personas pueden presentar:

- Fatiga
- Debilidad y agotamiento
- Falta de apetito
- Malestar general
- Náuseas y vomito
- Pérdida de peso
- Agrandamiento del hígado
- Ictericia
- Ascitis
- Prurito o picazón
- Encefalopatía

## Diagnóstico De La Cirrosis Hepática Alcohólica

Los medios de diagnóstico para la cirrosis hepática, además del examen físico y la historia médica completa, pueden incluir los siguientes:

### Exámenes de laboratorio

- **Exámenes de la función Hepática:** es una serie de exámenes de sangre especiales que pueden determinar si el hígado funciona correctamente.
- **Biopsia del hígado:** procedimiento en el que se toman muestras del tejido del hígado, para su examinación.
- **Colangiografía:** Examen de Rayos X de los conductos biliares mediante una tintura de contraste intravenosa.
- **Tomografía computarizada:** este procedimiento de Diagnóstico por imagen utiliza una combinación de tecnologías X y computadoras, tanto horizontal como vertical. Una tomografía

computarizada muestra imágenes más detalladas de lo que se quiere analizar.

- **Ecografía o sonografía:** técnica de diagnóstico por imágenes que utiliza ondas sonoras de alta frecuencia y una computadora para crear imágenes de vasos sanguíneos, tejidos y órganos. Las ecografías se usan para visualizar los órganos internos del abdomen como; hígado, vaso, riñones y para evaluar el flujo sanguíneo de varios vasos.

## Tratamiento De La Cirrosis Hepática

El tratamiento para la cirrosis hepática depende del tipo de cirrosis que padezca la persona, el tiempo que haya durado la enfermedad y el daño permanente que haya sufrido el hígado. Algunas veces el daño que sufren el hígado se puede corregir si se encuentra la causa específica de la cirrosis y se da el tratamiento adecuado.

- En el caso de la cirrosis alcohólica, la abstinencia total y una dieta balanceada son partes importantes del tratamiento.

- En el caso de la cirrosis secundaria a hepatitis viral, se usan medicamentos para aumentar la respuesta del sistema de inmunidad contra el virus, Como el interferón.
- En casos de cirrosis causada por hepatitis autoinmune, los corticosteroides solos o combinados con la azatioprina pueden ser un tratamiento efectivo.
- En los pacientes cirróticos con ictericia, el tratamiento suplementario con vitaminas liposolubles pueden ayudarlos.
- En el caso de la enfermedad de Wilson, se eliminan las cantidades excesivas de cobre en el organismo por medio de medicamentos.
- En la hemocromatosis, se elimina el exceso de hierro por medio de flebotomías (extracción de sangre).

Muchos tipos de cirrosis requieren un trasplante de hígado cuando la insuficiencia hepática está avanzada.

## Prevención De La Cirrosis Hepática

Como podemos apreciar la cirrosis hepática una vez instituida, la terapéutica es sobre todo de sostén y de las complicaciones que pudieran presentarse. Esto nos obliga a realizar todos los esfuerzos preventivos necesarios para impedir la aparición del síndrome. Es un secreto a voces que la prevención pese a su valor no recibe la consideración merecida. Encarar a las enfermedades para evitarlas implica un trabajo inter y multidisciplinario con una visión sistémica no fácil de captar para todos, por diferentes razones que merecen mayor espacio.

La prevención está íntimamente relacionada con la historia natural de las enfermedades, existen cuatro niveles de prevención, el primordial, el primario, el secundario y el terciario cada uno de ellos con sus pautas y sus valores, siendo los dos primeros los que más contribuyen a la salud en sentido social.

El objetivo de la prevención primordial es evitar el surgimiento y consolidación de patrones de conducta social, cultural y económica que contribuyan a elevar el riesgo de enfermar. En otras palabras evitar las

condiciones subyacentes que llevan a la "causación", sus medidas están dirigidas a las poblaciones. En el caso específico de la cirrosis son todas aquellas medidas tendientes a la adquisición de patrones de conducta con relación al alcohol

Y otras causas evitables.

La prevención primaria se dirige a factores más específico de causación, su destino también es amplio, dirigido a las personas sanas para evitar en ellas la ingesta en cantidades de riesgo en el caso del alcohol o la exposición a otras posibles causas. A diferencia del nivel primordial acá las acciones tienen un marco más restringido.

Con la prevención secundaria ya estamos hablando de los primeros estadios de la enfermedad, persigue la curación y reducción de las consecuencias más graves mediante el diagnóstico y tratamiento precoz, como vemos sus medidas están destinadas a los pacientes, ya no a las personas sanas o las poblaciones. Diagnosticar precozmente y tratar, también es prevenir.

La prevención terciaria se dirige a los estadios avanzados de la enfermedad, por eso son prácticas relacionadas con evitar el progreso y las complicaciones. La terapéutica, la rehabilitación y el evitar las

recidivas son las herramientas del espectro al cual están destinadas las acciones. Diagnosticar y tratar, también es prevenir, lamentablemente ya vimos anteriormente, que a medida que los pacientes cirróticos van presentando complicaciones se les acorta la supervivencia (Child-Pugh) Las medidas preventivas en su conjunto pueden ser representadas gráficamente como un embudo en la parte más ancha del mismo están las poblaciones y las medidas más generales e interdisciplinarias ,es allí donde la cultura ocupa el lugar más destacado, a medida que vamos descendiendo por ese embudo el mismo va estrechando el destino de los pacientes y las medidas son cada vez más específicas y disciplinarias.

## **Hipertensión Portal**

El desarrollo de hipertensión portal (HTP) es la complicación más frecuente de la cirrosis hepática. Sus consecuencias (hemorragia por rotura de varices esofágicas, ascitis y trastornos de la función renal, peritonitis bacteriana espontánea [PBE], gastropatía y colopatía de la HTP, encefalopatía hepática, síndrome hepatopulmonar y síndrome hepatorenal, entre otras) representan la principal causa de muerte y de trasplante hepático en los



pacientes cirróticos. La mejor comprensión de los acontecimientos fisiopatológicos de este síndrome ha supuesto una mejoría significativa en el manejo de sus complicaciones.

Las varices esofágicas se forman como consecuencia de la hipertensión portal. La hipertensión portal se define como un síndrome clínico caracterizado por un incremento de la presión venosa portal que da lugar a la formación de una red extensa de colaterales porto sistémicas que derivan la sangre del territorio portal a la circulación sistémica impidiendo su llegada al hígado. Como resultado se obtiene una serie de alteraciones metabólicas, hemodinámicas y humorales que originan diversas manifestaciones clínicas.

La obstrucción de la vena portal a cualquier nivel ocasiona un aumento de la presión portal. En condiciones normales, la presión de la vena porta es de 5 a 10 mm de Hg debido a que la resistencia vascular en los sinusoides hepáticos es pequeña. Sin embargo, cuando se presenta una obstrucción, la presión portal distiende las venas proximales al punto de obstrucción aumentando la presión capilar en los órganos drenados por las venas obstruidas. Como la vena porta carece de válvulas, una resistencia a cualquier nivel entre el corazón derecho y los vasos esplénicos ocasiona un flujo retrógrado de sangre y la

transmisión de una presión sanguínea elevada. La respuesta a este aumento de la presión venosa es el desarrollo de una circulación colateral que se forma por apertura y dilatación de los canales vasculares preexistentes que conectan el sistema venoso portal con la vena cava inferior y superior. Las anastomosis portosistémicas son los colaterales gastroesofágicos entre los que se encuentran las varices esofágicas que son responsables de la mayor complicación de la hipertensión portal. (Bloomquist, Bodwell, Catts, & M., 2010)

### **Causas de Hipertensión Portal**

La causa más frecuente de hipertensión portal es la enfermedad crónica del hígado conocida como cirrosis hepática.

La hipertensión portal puede ser producida por cualquier otra causa que implique un obstáculo al paso de la sangre a través de la vena porta como un trombo, una fístula, un parásito o un tumor entre otros.

Las condiciones médicas que conllevan al desarrollo de la hipertensión portal y a las várices esofágicas incluyen:

- Cirrosis hepática
- Coágulos sanguíneos (de las venas hepáticas, portales y las del bazo)
- Fístula venosa arterial-portal (conexiones anormales entre las arterias y las venas en el hígado o en el bazo)
- Ciertas drogas (arsénico, azatioprina, metotrexato y otros)
- Ciertas infecciones (por ejemplo, esquistosomiasis, un parásito)
- Insuficiencia cardíaca severa
- Tumor en el páncreas
- Enfermedad de Hodgkin
- Sarcoidosis

### **Etiología De Hipertensión Portal**

La Hipertensión Portal puede provenir de causas diversas es un síndrome caracterizado por el incremento de la presión en la vena porta y sus afluentes, lo cual provoca el desarrollo de circulación venosa colateral desde el sistema porta hacia la circulación general. La Hipertensión Portal produce un cuadro clínico particular dando lugar a varias complicaciones, de las cuales la más

temible son las várices esófago gástricas sangrantes, otras de la cuales incluyen ascitis, hiperesplenismo, encefalopatía hepática, hemorroides, hepatomegalia, independientemente de la causa, afección o enfermedad que la origina.

La Hipertensión Portal que, en la clínica presenta forma silente no demanda tratamiento. Sin embargo, las complicaciones de esta anomalía fisiológica producen síntomas algunas veces letales, que requieren tratamiento.

La más importante de esas complicaciones es la hemorragia por las várices esofágicas, menos importantes son la ascitis y el hiperesplenismo.

La etiología de la Hipertensión Portal, está dada por lo tanto por la presencia de algún obstáculo en la vena porta o sus ramas, o por el incremento del flujo venoso portal causado por una fístula arteriovenosa. Los obstáculos son debidos a una diversidad de causas y asientan a cualquier nivel del sistema portal, por esto los pacientes hipertensos portales sufren dos clases de síntomas: los debidos al aumento de la presión portal que son comunes a todos y los propios de la enfermedad causal que determinan las diferencias clínicas entre los hipertensos portales.

## **Síntomas Característicos de la Hipertensión Portal**

- Pérdida de peso no justificada
- Obesidad abdominal con extremidades (brazos y piernas) delgadas
- Aumento del tamaño del hígado y del bazo
- Acúmulo de líquido en la cavidad abdominal (ascitis)
- Presencia de vasos sanguíneos en la pared abdominal
- Piel fina y adelgazada, palmas enrojecidas
- Varices esofágicas
- Sangrado de las varices dando lugar a emisión de sangre por la boca, heces negras o presencia de peritonitis
- Acúmulo de tóxicos en la sangre que afecten al cerebro provocando encefalopatía hepática.
- En algunos casos la hipertensión portal se presenta en forma de hematemesis masiva produciendo el fallecimiento del paciente.

## Diagnóstico De la Hipertensión Portal

**Diagnóstico Clínico.-** El diagnóstico se hace obviamente en el paciente hipertenso portal, cuya clínica es resultado de la integración de dos complejos sintomáticos, uno es el producido por la enfermedad etiológica de la hipertensión portal, el otro núcleo está constituido por los efectos que produce la hipertensión portal propiamente dicha que son las várices, ascitis, esplenomegalia y encefalopatía amonémica, cuyos niveles corresponden al nivel de la presión portal.

**Diagnóstico por Imágenes.-** El diagnóstico por imágenes de la hipertensión portal puede ser: Clínico, Preoperatorio e Intraoperatorio: La Esplenoportografía se realiza por punción esplénica transparietal. Se inyecta el medio de contraste que pone de manifiesto el eje venoso esplenoportal, vena esplénica-vena porta. Si la Esplenoportografía es normal, no se tiñen las venas afluentes de la esplénica ni de la vena porta.

La Venografía Portal Transparietohepática se realiza puncionando la pared abdominal y llegando en el hígado a una rama de la vena porta en que se

inyecta el medio de contraste. La toma radiológica permite visualizar las ramas de la vena porta.

Venografía Portal Transumbilical se cateteriza la vena umbilical, se inyecta el medio de contraste, y se logra así visualizar el sistema portal.

Venografía Suprahepática se canaliza una vena suprahepática verificando el cateterismo a través de la vena femoral o de una vena del brazo y se inyecta el medio de contraste con lo que se visualizan las venas suprahepáticas.

La Arteriografía Selectiva este método consiste en inyectar en el tronco celiaco o en la arteria mesentérica superior el medio de contraste y utilizar la fase venosa de retorno, cuya radiografía detectará el sistema portal.

**Endoscópico.-** La gastroduodenoscopia es el método de primera opción en várices esofagogástrico-duodenales, no sólo por su practicidad inmediata sino porque, en el caso de várices sangrantes, se realiza de seguido el tratamiento esclerosante, la ligadura por bandas o la cauterización láser.

## Tratamiento De La Hipertensión Portal

El tratamiento de la hipertensión portal consiste en el tratamiento de la causa que la ha producido y en el tratamiento de los síntomas de la propia enfermedad.

El tratamiento de los síntomas incluye:

- Fármacos que disminuyen la presión en el interior de la vena porta o de sus vasos colaterales para disminuir el riesgo de sangrado.
- Fármacos que disminuyen al flujo de sangre por la vena porta o por sus vasos colaterales para disminuir el riesgo de sangrado
- Fármacos diuréticos en los casos de ascitis
- Tratamiento antibiótico en los casos de peritonitis
- Endoscopia esofágica y técnicas quirúrgicas para la eliminación de las varices esofágicas o el tratamiento de los sangrados.
- Sistemas de derivación en los casos de encefalopatía o de ascitis.



Después de Haber Hablado de la Cirrosis Hepática e Hipertensión Portal como Causa de Las Varices Esofágicas; y Habiendo Hecho Énfasis en cada una de Estas Patologías como Etología de Varices Esofágicas, Continuamos con El Desarrollo de Varices Esofágicas.

## 2.5 CUADRO CLÍNICO

Las várices esofágicas no producen dolor ni molestias, excepto cuando sangran. El sangrado variceal es una complicación grave del daño hepático crónico y puede manifestarse de las siguientes maneras: (Villalobos Cordoba, Garcia Ayala, & Ortiz Dominguez, 2012)

- Hematemesis
- Melena
- Lipotimia
- Diaforesis
- Anemia crónica

## 2.6 DIAGNOSTICO

La endoscopia constituye uno de los métodos primordiales en el estudio del paciente con hipertensión portal. Principalmente, su utilidad se basa en cuatro características:

1. Proporciona un diagnóstico de certeza de la hipertensión portal, cuando se documenta la presencia de várices esofágicas, várices gástricas o gastropatía congestiva de la hipertensión portal.
  2. Permite establecer, con un alto grado de certeza, el origen de la hemorragia en el paciente individual.
  3. Tiene valor pronóstico, toda vez que ciertas características de las várices (como un tamaño grande y la presencia de puntos rojos), que son observadas durante el estudio endoscópico, permiten correlacionar esos signos con un mayor riesgo de hemorragia secundaria a la ruptura de dichas várices.
  4. En caso de que la hemorragia sea secundaria a la ruptura de várices, la endoscopia diagnóstica puede convertirse en un procedimiento terapéutico.
- (Tenner, Baillie, Dewitt, & Swaroop Vege, 2013)

## 2.7 TRATAMIENTO

La endoscopia es la base del tratamiento de la hemorragia digestiva y es una modalidad tanto diagnóstica como terapéutica. Una vez que se ha identificado que el posible origen de la hemorragia son varices esofágicas, existen básicamente tres alternativas:

1. El tratamiento Endoscópico mediante ligadura variceal.
2. El Tratamiento de Escleroterapia.
3. El tratamiento Farmacológico. (Castrto & Posada, 2012)

### 2.7.1 ESCLEROTERAPIA DE VARICES ESOFÁGICAS

La inyección para várices esofágicas es un procedimiento realizado para prevenir que sangre una varice o detener el sangrado activo. Durante el procedimiento, se inyectan medicamentos dentro o al lado de las várices esofágicas. Cuando se inyecta dentro de la vena, el medicamento causa que se formen coágulos sanguíneos, bloqueando el sangrado de la vena. Cuando se inyecta al lado de la vena, la inflamación en el área comprime la vena, evitando el sangrado variceal. ( Cordoba V., B. de la Torre , & Ochoa , 2006)

### 2.7.2 ENDOLIGADURA DE VÁRICES ESOFÁGICAS

La ligadura de bandas elásticas para las várices esofágicas fue reportada por Stiegman y colaboradores en 1986, siendo en la actualidad el método de elección

Para el tratamiento de las várices esofágicas. Según algunos estudios, la ligadura con bandas tiene menores complicaciones comparadas con la escleroterapia, el uso de un aplicador múltiple ha disminuido aún más éstas complicaciones. La estrangulación del canal varicoso por una banda elástica lleva a la trombosis y ulceración superficial que cicatriza entre 14 a 21 días. La Endoligadura variceal esofágica es tan efectiva como la escleroterapia en el control de la hemorragia variceal aguda así como en la forma electiva y aun profiláctica. (Cordoba V., B. de la Torre , & Ochoa , 2006)

Stiegman y colaboradores han planteado que la combinación de ambas técnicas puede generar una obliteración variceal más rápida, por los efectos aditivos de la estasis mecánica (ligadura) y del daño de la íntima (escleroterapia) (Michael, 2010)

### **2.7.3 PROCEDIMIENTO EFECTIVO ENDOLIGADURA DE VÁRICES**

#### **ESOFÁGICAS**

La ligadura endoscópica de várices es un procedimiento endoscópico dirigido a “erradicar” las várices mediante su ligadura con anillas elásticas de goma (bandas).

Las várices son aspiradas en un dispositivo cilíndrico de plástico hueco ubicado en el extremo distal del endoscopio y ligadas mediante la liberación de una banda elástica. Ésta interrumpe el flujo sanguíneo de la variz produciendo una necrosis isquémica de la mucosa y submucosa con formación de tejido de granulación y posterior caída de la banda y del tejido necrótico. Este proceso da lugar a la formación de úlceras superficiales que curan en 14-21 días. (Martinez Rosero & Sanchez Toro, 2013)

Los estudios iniciales utilizaban dispositivos que tan sólo liberaban una banda, lo que obligaba al uso de un sobretubo esofágico para la intubación repetida de los pacientes. Algunas de las complicaciones graves de la LEV, como la perforación esofágica o la laceración de la mucosa estaban directamente relacionadas con el uso del sobretubo. Estas complicaciones han desaparecido con la utilización de los nuevos dispositivos que permiten la liberación de cinco a ocho bandas (dependiendo del dispositivo) durante un mismo procedimiento. (Cordoba V., B. de la Torre , & Ochoa , 2006).

#### 2.7.4 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Este consiste en la administración de medicamentos intravenosos, como son los vasoconstrictores espláncnicos como la vasopresina y la somatostatina (y sus análogos octreotida y vapreotida) se administran por vía parenteral lo que limita su utilización en una sala de emergencias. Los bloqueantes adrenérgicos no selectivos afectan el flujo portal por medio del bloqueo  $\beta_1$  (reducción del gasto cardíaco) y  $\beta_2$  (vasoconstricción esplácnica). Por lo tanto, los bloqueantes  $\beta$  como el propanolol o el nadolol son mejores que los bloqueantes  $\beta$ , porque los mecanismos de acción son más amplios.

Estos medicamentos actúan a través de una disminución de la presión de las varices y reducen de manera considerable el riesgo de hemorragia y el de fallecimiento. Su dosificación debe ser cuidadosa, dado que cada paciente requiere dosis diferentes de acuerdo a la gravedad de la enfermedad hepática. En ocasiones (insuficiencia cardíaca, enfermedad respiratoria grave) estos fármacos están contraindicados o son mal tolerados; en estos casos existe la posibilidad de recurrir al tratamiento mediante ligadura endoscópica (Cordoba V., B. de la Torre, & Ochoa, 2006).

## 2.8 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA ACTIVA DE VARICES ESOFÁGICA.

- **Toma y control de signos vitales:** tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, oximetría, y temperatura se deben tomar y registrar cada 15 minutos. La tensión arterial sistólica se debe mantener por encima de 100 mmHg, y la frecuencia cardiaca por debajo de 100 pulsaciones por minuto.
- **Oxigenoterapia:** administrar el oxígeno que el paciente requiere, asegurar la permeabilidad de la vía aérea. Aspiración de secreciones/sangre y verificar frecuentemente oximetría.
- **Instalación de Venoclisis:** se debe canalizar de inmediato una vía periférica con un catéter de grueso calibre, que facilite infusiones parenterales rápidas, transfusiones sanguíneas y medicamentos.
- **Monitorización de la presión venosa central:** se debe mantener al paciente en una presión venosa central entre 5 y 10 cm. De agua. Así inicialmente se administraran expansores del plasma (Gelofundina,

Hidroxietilalmidon) a un ritmo de 500 ml/30 min. Y posteriormente a 500 ml/hora.

- **Administración de líquidos intravenosos, soluciones parenterales, y expansores del plasma.** La reposición del volumen debe ser cuidadosa para evitar descompensación hidrópica. Debe valorarse estrictamente el estado del paciente, si es estable se administra solución dextrosa, mixta o fisiológica al 0.9%. si el estado del paciente es inestable y la Tensión arterial sistólica es inferior a 100mmHg es necesario administrar soluciones coloides.
- **Administración de medicamentos:** (vasoconstrictores, analgésicos, antibióticos o según sea la indicación médica.
- **Colocación de sonda nasogástrica:** Se realiza lavado gástrico y Estricto Ayuno.
- **Control de líquidos estricto:** se debe cuantificar estrictamente la administración y eliminación de líquidos en el paciente, así mismo llevar el código de hematemesis y evacuaciones melénicas.



- Preparar al paciente para procedimiento endoscópico: (Endoscopia DA). La endoscopia es el procedimiento más importante, ya que por medio de este se hace el Diagnóstico y tratamiento terapéutico (ligadura variceal y escleroterapia). (Diez Domingo , Fernandez Jimenez , & Lopez Sanchez , MANUAL DE ENFERMERIA, 2008)

## 2.9 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIAS

- **Realizar asepsia y equipar la sala de endoscopias** (se prepara torre y endoscopio, contenedores de desinfección del endoscopio, máquina de anestesia, aspiradores, tomas de oxígeno, mesa de instrumental endoscópico).
- **Recepción del paciente en sala:** verificar permeabilidad de vía parenteral y revisar que el paciente no tenga prótesis dentales removibles, (pueden aflojarse al paso del endoscopio y obstruir la vía aérea). si es paciente Nefropatía (verificar que no tenga líquido en cavidad peritoneal).

- **Colocar en la unidad y posición correcta al paciente para el procedimiento endoscópico:** brindar seguridad al paciente y prevenir accidentes durante el procedimiento.
- **Apoyar al médico anesthesiólogo durante la sedación anestésica del paciente.**
- **Monitorizar y registrar signos vitales:** tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, oximetría, y temperatura.
- **Oxigenoterapia:** administración de oxígeno necesario al paciente, y verificar frecuentemente oximetría.
- **Asegurar la permeabilidad de la vía aérea:** Aspiración de secreciones/sangre si es necesario.
- **Administrar anestesia local y colocar boquilla en cavidad oral.**

- **Asistir al médico endoscopista con el instrumental endoscópico, durante el procedimiento.** (el endoscopista solicita: Ligador, tambor de Ligas, aguja esclerosante, y mezclas de vasoconstrictores, entre otros instrumentos).
- **Administrar soluciones parenterales o medicamentos según indicación médica.**
- **Valorar al paciente y egresarlo de sala endoscópica a recuperación post- endoscópica.** En donde se mantendrá en vigilancia hasta su recuperación. (Diez Domingo, Fernandez Jimenez, & Lopez Sanchez, Manual de Enfermeria , 2008)

## **2.10 PREVENCIÓN**

### **2.10.1 PREVENCIÓN DE LA RECIDIVA HEMORRÁGICA PREVENCIÓN DE CIRROSIS HEPÁTICA**

Los pacientes que sobreviven al primer episodio de una hemorragia por varices tienen un riesgo elevado de presentar una recidiva hemorrágica (más del 60%

de pacientes tras un seguimiento de 2 años) con una mortalidad del 30% aproximadamente. Por ello es indispensable que aquellos pacientes que sobreviven a un episodio de hemorragia por varices inicien un tratamiento para prevenir la recidiva antes de ser dados de alta del hospital. Las opciones terapéuticas en la prevención de la hemorragia por varices son: los fármacos, las técnicas endoscópicas, la cirugía y la derivación porto sistémica percutánea intrahepática. (Huerta Higa, Hernandez Guerrero, & Ramirez, 2010)

### **2.10.2 PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES**

Las principales complicaciones de la hemorragia por varices son: la neumonía por broncoaspiración, la encefalopatía hepática, las infecciones por microorganismos de origen entérico y la alteración de la función renal y/o del balance electrolítico, lo que de forma habitual implica un aumento de la ascitis. La broncoaspiración de sangre o contenido gástrico es especialmente frecuente en pacientes con encefalopatía hepática. La aspiración puede ocurrir en cualquier momento, pero el riesgo es mucho mayor durante una hematemesis, en el curso de la endoscopia, cuando se realiza un taponamiento esofágico con balón o durante la aplicación de técnicas endoscópicas con fines terapéuticos (esclerosis o bandas). Para prevenir esta complicación es imprescindible

proceder a la intubación orotraqueal en los pacientes comatosos y aspirar el contenido gástrico mediante la colocación de una sonda nasogástrica. La colocación de una sonda nasogástrica es una medida de uso no generalizado. No obstante, nosotros creemos que su utilización es extraordinariamente útil para controlar la actividad de la hemorragia, lo que permite tomar de forma precoz decisiones de manejo del paciente, y además permite la administración enteral de fármacos en pacientes comatosos y la aspiración de la sangre contenida en el estómago. Estas medidas ayudan a prevenir y resolver la encefalopatía hepática. Además, ningún estudio ha demostrado que su colocación empeore o reactive el episodio hemorrágico. Si se produce una broncoaspiración, el paciente debe recibir de forma inmediata un tratamiento antibiótico adecuado. El tratamiento de la encefalopatía también incluye la administración de lactulosa o lactitol por la sonda nasogástrica y la utilización de enemas de limpieza. (Ripoll Bañares & Roma, 2009)

Las infecciones graves son complicaciones frecuentes de la hemorragia digestiva en la cirrosis y pueden estar ya presentes en el momento del ingreso. Además de la neumonía por aspiración, estos pacientes son propensos a desarrollar infecciones sistémicas y peritonitis bacteriana espontánea debida a microorganismos de origen entérico. La administración oral de antibióticos reduce de forma significativa la incidencia de bacteriemia por microorganismos

entéricos, lo cual puede mejorar la supervivencia de estos pacientes. También la función renal debe mantenerse mediante una correcta reposición de fluidos y electrolitos (en lo posible deben evitarse las soluciones salinas). Es crucial evitar la administración de fármacos nefrotóxicos, especialmente aminoglicósidos y antiinflamatorios no esteroideos. Todas estas medidas ayudan a mejorar la morbimortalidad asociada a un episodio de hemorragia en el paciente cirrótico con hipertensión portal. (Urden, Lough, & Stacy, 2008)

## **2.11 MEDIDAS COMPLEMENTARIAS QUE CONTRIBUYEN A DISMINUIR LA MORBIMORTALIDAD**

1. Evitar una sobre expansión excesiva de la volemia
2. Disminuir el riesgo de broncoaspiración
  - Intubación orotraqueal en el enfermo comatoso
  - Aspiración nasogástrica del contenido hemático
3. Profilaxis de las infecciones entéricas
  - Norfloxacino, 400 mg/12 h, vo. o por sonda
4. Profilaxis de la encefalopatía
  - Lactulosa o lactitol por sonda nasogástrica
  - Enemas de limpieza

5. Disminuir el riesgo de descompensación hidrónica (ascitis, hidrotórax, edemas)

- Evitar en lo posible las soluciones salinas

6. Disminuir el riesgo de fallo renal

- Evitar la administración de amino glucósidos y Aines

7. Profilaxis de la deprivación de alcohol (delirium tremens) en el alcohólico inveterado. (Owens Burrell & Zeb L., 2008)

# **CAPITULO III**

# **METODOLOGIA**



### 3.1 SUGERENCIAS A IMPLEMENTAR

La presente memoria de Experiencia de Servicio Social, inicia con la identificación de una problemática. Esta se debe al incremento de la tasa de mortalidad en pacientes con hemorragia de varices esofágicas. Que se detecta en el departamento de urgencias generales y se da seguimiento en el departamento de Endoscopias Gastroenterológicas del Hospital General Vasco de Quiroga ISSSTE de Morelia Michoacán.

Se estructuró el planteamiento del problema, se delimito la problemática, se generó la pregunta de investigación basada en la identificación del problema.

Una vez planteado el problema del estudio, se inicia la investigación en relación a la problemática.

Se realizó un estudio monográfico al efectuar una investigación documental, analizando literatura científica de diversos autores sobre el problema identificado.

La revisión de la literatura fue mediante fuentes primarias como: Libros de Medicina Interna, Enciclopedias de Endoscopia, Periódicos de Urgencias Médicas, Revistas de Gastroenterología, Manuales de Procedimientos Endoscópicos, Plataformas en internet, Videos-Internet, Artículos de Google

Académico, Revistas de Enfermería SCIELO, Departamentos de Estadística Hospitalaria y Diccionarios.

Después de analizar sistemáticamente esta información se redactó un texto original con argumentos basados en evidencia identificada, analizando el estado del conocimiento.

Se formuló con exactitud el problema, se planteó formalmente el problema, se identificó la gravedad del problema en base a la estadística, se propusieron objetivos definitivos para la solución del problema, se justificó el estudio argumentando la importancia del mismo.

Al concluir este estudio: Memoria de Experiencias de Servicios Social, se finalizó con las conclusiones dando respuesta a la pregunta de investigación y cumpliendo los objetivos planteados, así mismo se logró identificar los factores principales que incrementan la tasa de mortalidad en pacientes con hemorragia de varices esofágicas. Y se propusieron soluciones a la problemática a través de la información, descripción, detección, prevención y promoción. Para de esta manera disminuir la tasa de mortalidad ocasionada por hemorragia de varices esofágicas.

**Se Proponen las siguientes Sugerencias a Implementar:**

Se sugiere disminuir la elevada tasa de mortalidad en pacientes con hemorragia activa de varices esofágicas:

- I. Informar a la población sobre esta Complicación Grave. Realizando Pláticas en las Salas de Espera del Hospital, Exposiciones en las pantallas del hospital, Difusión en Murales y trípticos informativos.
- II. Promoción a la salud dirigida a pacientes alcohólicos en centros de rehabilitación, ya que esta es la población de alto riesgo.
- III. Prevenir a los pacientes que están en riesgo de presentar hemorragia de varices esofágicas, Indicar y explicar la importancia de realizarse una endoscopia de rutina.
- IV. Sugerir a los pacientes a realizarse un estudio endoscópico que valore su estado de salud y diagnostique oportunamente la presencia de varices esofágicas.

- V. Que la Directora del Hospital Organice con los Médicos Gastroenterólogos y Médicos internistas una campaña de detección de varices esofágicas. Esto se puede realizar anexando un cuestionario por paciente en la consulta de Gastroenterología y Medicina Interna. El paciente que se detecte sospechoso de presentar varices esofágicas, que se le indique una Endoscopia Digestiva Alta, para descartar la presencia de varices esofágicas.
- VI. Mantener en control y vigilancia a los pacientes que presentan varices esofágicas y que están en riesgo de presentar sangrado o re sangrado.
- VII. Que Los Directivos y Autoridades de la institución Evalúen al servicio de Urgencias Generales y Endoscopias Gastroenterológicas del Hospital General “Vasco de Quiroga” ISSSTE de Morelia, Michoacán. En la efectividad al brindar atención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación oportuna a pacientes con Hemorragia de Varices Esofágicas.

## 4.1 RESULTADOS Y EXPERIENCIAS

Como resultado principal a esta memoria de experiencia se obtiene un amplio conocimiento sobre esta complicación. Ya que la inquietud de investigar esta surge en El Hospital General Vasco de Quiroga ISSSTE de Morelia Michoacán, en el servicio de Urgencias Generales, durante la prestación de mi servicio social, como pasante de Licenciatura en Enfermería, en periodo de un año del 2011- 2012. Se observó que múltiples ingresos al servicio de urgencias generales se debe al diagnóstico de sangrado de tubo digestivo alto, sin especificar causa. Posteriormente al rolar por el servicio de endoscopias gastroenterológicas me toco observar durante la realización de una endoscopia digestiva alta, un episodio activo de sangrado ocasionado por varices esofágicas. Fue impresionante para mí ver esa escena interna.

Indagando sobre esta complicación me di cuenta que la hemorragia de varices esofágicas tiene una elevada tasa de mortalidad por lo que decidí investigar esta complicación a fondo tal como se presenta en este documento donde la pregunta principal del problema planteado fue:

¿Cuáles son los factores principales que incrementan la tasa de mortalidad en pacientes con hemorragia de varices esofágicas?

Las principales causas de mortalidad en pacientes con hemorragia de varices esofágicas se deben a las múltiples complicaciones que se presentan las cuales son:

1. La Neumonía por Broncoaspiración
2. La Broncoaspiración frecuente en pacientes con encefalopatía hepática.
3. La Encefalopatía Hepática,
4. Las Infecciones por Microorganismos de Origen Entérico
5. La Alteración de la Función Renal
6. Desequilibrio Electrolítico
7. Choque Hipovolémico
8. Ascitis

# CAPITULO V

## 5.1 CONCLUSIONES

La hemorragia activa de varices esofágicas es una complicación grave, que eleva la incidencia y tasa de mortalidad. Fue esto lo que me llevó a investigar los factores principales que incrementan la tasa de mortalidad en hemorragia de varices esofágicas y se encontró que: El 60% de los pacientes que presentan hemorragia activa por ruptura de varices esofágicas ignoraban la presencia de esta complicación interna. Hasta que hubo ruptura de alguna varice y se presentó un episodio de sangrado activo manifestado por los síntomas principales: Hematemesis y Melena. Además se obtuvo que el 30% de los pacientes que presentan hemorragia activa por ruptura de varices esofágicas. Acuden a recibir atención médica después de 12 a 24 horas de haber iniciado el sangrado activo, por lo que se diagnostican también con otras complicaciones como son: anemia crónica, y choque hipovolémico.

Se concluye en que las principales causas de mortalidad en pacientes con hemorragia de varices esofágicas se deben a las múltiples complicaciones que se presentan posteriormente al sangrado activo las cuales son: Neumonía por broncoaspiración y frecuente en pacientes con encefalopatía hepática, Infecciones por microorganismos de origen entérico, la alteración de la función renal, el desequilibrio electrolítico, choque hipovolémico y ascitis.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acevedo Cabrera, M. J., Morales Ramirez, C., Leal Oliva , A., & Acevedo Cabrera, J. J. (2013). Hemorragia Digestiva por Varices Esofagicas. *Revista de Especialidades/ ORGANO OFICIAL DE DIFUSION CIENTIFICA DEL ISSSTE*, 240-242.
2. Bosques Padilla, F. J., Carmona Sanchez, R., & Teramoto Matzubara, O. (2012). Cirrosis Hepatica, Hipertension Portal. *Coleccion de Gastroenterologia*, pp. 74 .
3. Bloomquist, J., Bodwell, W., Catts, L., & M., C. J. (2010). *CUIDADOS INTENSIVOS*. España: Harcourt Brace.
4. Cordoba V., J. A., B. de la Torre , A., & Ochoa , F. J. (2006). *Procedimientos Endoscopicos en Gastroenterologia*. Leon, Gto.: Mipliformas. (1) pp. 205.

5. Castro , A. A., & Posada, P. S. (2012). Varices Esofagicas. *CALIDAD E INOVACION EN GASTROENTEROLOGIA*, (2) pp. 62-63.
  
6. Cherem Halabe, J., Rubio Guerra, A., & Espinoza Reynoso, J. J. (2006 ). Cirrosis Hepatica/*HIPERTENSION PORTAL*. Medicina Interna de Mexico, Vol. 22 PP. 567.
  
7. C. Mendoza, E. Linares, Ferreira, *HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA*. [http://urgenciasmedicas.org/DIGESTIVO\\_Hemorragia\\_Digestiva\\_Alta.htm](http://urgenciasmedicas.org/DIGESTIVO_Hemorragia_Digestiva_Alta.htm).
  
8. Diez Domingo, M. I., Fernandez Jimenez, J. L., Lopez Sanchez, S., Martinez Santiago, A., & Romero Hernandez , M. (2008). *Manual de Enfermeria* . Madrid España: Lexus. pp 261.
  
9. Diego, G. C. (2009). *COMPENDIO DE GASTROENTERILOGIA*. Mexico: Marin. (Vol. 2) pp 53.

10. Fernández J., Garcidueñas E, Coronel L. *ASOCIACION MEXICANA DE ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL*. 2013 (Vol. 74) pp. 54-56.
11. F.J. Montero Pérez, J. Martínez, C. Gálvez Calderón, L. Jiménez Murillo. *MANEJO URGENTE DEL PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA*. Medicina de Urgencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación. 2ª edición Servicio de Urgencias. Cap. 27, pp. 255-260. Ed Harcourt S.A. Barcelona. 2010.
12. Feu, Brullet E, Calvet X, Fernández Llamazares J, Villanueva C. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia de Varices Esofágicas. *GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA*; 2009. pp. 26:70-85.
13. Gispert, C., Prats, J. M., & Corpas, J. G. (2006). *ENCICLOPEDIA MEDICINA INTERNA*. Madrid España: Oceano. (1) pp. 160-161.

14. Huerta Higa, J. F., Hernandez Guerrero, A., & Ramirez, J. (2010). *Gastroenterología y Endoscopia*. Mexico: Mipliformas.
15. Hernandez Vega, L. (2008) Medicina Interna, PATOLOGIA GASTROINTESTINAL. España. Hall. (1) pp. 60-62.
16. Joanne C. Closkey y Gloria M. Bulechek. *CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)*. Ediciones Harcuver, S. A. 2012. Pp.122-124.
17. J. Rodes Eixidor. J. Guardia Masso. *HEMORRAGIA ESOFÁGICA VARICEAL*. Ed. Masson 2008. 2ª Ed. pp.192.
18. Joanne C. Closkey y Gloria M. Bulechek. *CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)*. Ediciones Harcuver, S. A. 2012. Pp.122-124.

19. Kidd, P., & Sturt, P. (2012). *URGENCIAS GENERALES*. Madrid España: Harcourt. (1) pp. 247.
20. Lund R., B. T., Macody, R., Garzon Domador, A. L., & Frydman, M. (2013). *GASTROENTEROLOGIA/ VARICES ESOFAGICAS Y MORTALIDAD*. *El Hospital y La Salud*, pp. 21-25.
21. Lorente Pérez, J.L. Calleja Panero. *HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR VARICES ESOFÁGOGÁSTRICAS*. En: M.S. Moya Mir. *Guías de actuación en urgencias*. Clínica Puerta de Hierro. Cap. 5, pp. 208-210.
22. Michael, F. J. (2010). *INTERNATIONAL GASTROENTEROLOGY ENDOSCOPY*. Brasil: Thieme. Vol. 47 PP. 29-30.
23. Owens Burrell, L., & Zeb L., B. J. (2008). *CUIDADOS INTENSIVOS EN STDA*. Venezuela: Mosby. Vol. (2) pp.137.

24. Ripoll Bañares , R., & Roma, J. F. (2009). Varices Esofagicas. *GASTROENTEROLOGIA D.T.*, Vol. 1 pp. 14-19.
25. Romero S., G., Serrano , A., & Añez, M. (2009). Mortalidad por Sangrado de Varices Esofagicas. *GEN SOCIEDAD VENEZOLANA DE GASTROENTEROLOGIA*, pp.114, 115.
26. Sunner., Baillie, J., Dewitt, J., & Swaroop Vege, S. (2013). Guias del American Colleague of Gastroenterology: *GASTROENTEROLOGIA/ VARICES ESOFAGICAS*. Vol 2 pp, 52-54.
27. Samada Suarez, M., Hernandez Perera, J. C., & Barroso Marquez, L. (2010). Identificacion de Factores de Riesgo de Presencia de Varices Esofagicas. *REVISTA CUBANA DE MEDICINA MILITAR*, Pp.25.
28. Tenner, S., Baillie, J., Dewitt, J., & Swaroop Vege, S. (2013). Guias del American Colleague of Gastroenterology: Enfermedades Esofágicas. *AJG The American Journal of GASTROENTEROLOGY*,(108) pp. 12.

29. Urden, D. L., Lough, M. E., & Stacy, M. K. (2008). *CUIDADOS INTENSIVOS*. Barcelona: Brace. (1) pp. 173- 178.

30. Villalobos Cordoba, J. A., Garcia Ayala, M. A., & Ortiz Dominguez, M. E. (2012). *HIPERTENSION PORTAL/ VARICES ESOFAGICAS*. Revista de Asociacion Mexicana de Gastroenterologia, vol. 52 pp.56.

## ANEXOS

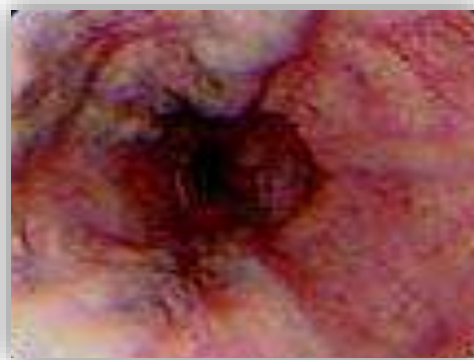
### CLASIFICACIÓN DE VARICES ESOFÁGICAS

**Grado I:** Mínima protrusión de la pared esofágica o telangiectasias e hipervascularización capilar. (Várices azules o rojas menores de 2 mm de diámetro.)





**Grado II:** Presencia de nódulos o cordones moderadamente protruyentes que ocupan como máximo 1/4 de la luz esofágica. (Várices azules 2-3 mm de diámetro)



**Grado III:** Protrusión de varices que invade hasta de la mitad de la luz esofágica. (Varices azules elevadas de 3-4 mm de diámetro)



**Grado IV:** Varices tan gruesas que ocupan más de la mitad de la luz esofágica (Várices azuladas tortuosas mayores de 4 mm de diámetro, casi uniéndose en la línea media.)



## SANGRADO ACTIVO DE LAS VÁRICES ESOFÁGICAS



**Grado V:** Varices muy Dilatadas, obstructivas, en forma de racimo de uvas ocluyendo el lumen y mostrando la presencia de pequeñas várices rojo cereza sobrepuestas a várices azul grisácea, con presión excesiva y ruptura.

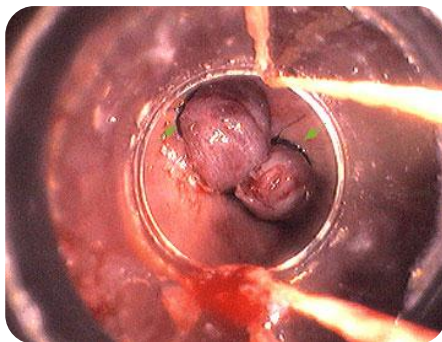
## LIGADURA DE VARICES ESOFÁGICAS

Las várices son aspiradas en un dispositivo ubicado en el extremo distal del endoscopio y ligadas mediante la liberación de la banda elástica.

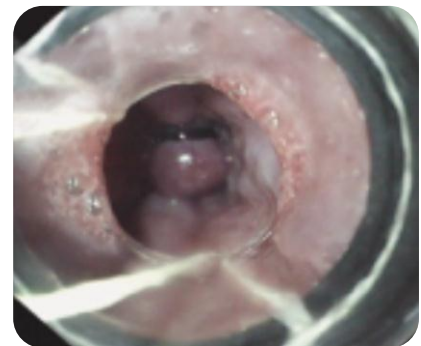


La ligadura endoscópica de várices es un procedimiento endoscópico dirigido a “erradicar” las várices mediante su ligadura con anillas o bandas elásticas de goma.

(1) La endoscopia de la imagen muestra dos varices en esófago distal que han sido ligadas. Mientras que en la superficie periférica del endoscopio se observan las demás bandas que serán lanzadas. (Kidd & Sturt, 2012)



(1)



(2)

(2) La endoscopia de la imagen (2) muestra perfectamente cómo queda colocada la banda elástica, abrazando la varice esofágica.

La banda elástica (liga) interrumpe el flujo sanguíneo de la variz produciendo una necrosis isquémica de la mucosa y submucosa con formación de tejido de granulación y posterior caída de la banda y del tejido necrótico. Este proceso da lugar a la formación de úlceras superficiales que curan en 14-21 días.

