



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

San Juan de Miraflores, 12 de febrero del 2025

L. VIZCARRA VISTO:

El Expediente N° 25-001941-001, que contiene el Memorando N° 026-2025-DMED/SMESP/GASTRO-HMA, Memorando N° 047-2025-OGC-HMA, el Memorando N° 263-2025-OEPE-HMA, adjunto el Informe N° 006-2025-UFO-OEPE-HMA, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Memorando N° 026-2025-DMED/SMESP/GASTRO-HMA, el Jefe del Departamento de Medicina remite la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y Tratamiento de Hemorragia Digestiva Alta Variceal, con las correcciones de Observación;

Que, mediante Memorando N° 047-2025-OGC-HMA, el Jefe de la Oficina de Gestión de las Calidad, la Oficina de Gestión de la Calidad, se ha pronunciado favorablemente sobre la propuesta de Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Digestiva Alta Variceal, presentada por el Jefe del Servicio de Gastroenterología del Departamento de Medicina, recomendando la aprobación de la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y Tratamiento de Hemorragia Digestiva Alta Variceal;

Que, Memorando N° 263-2025-OEPE-HMA, adjunto el Informe N° 006-2025-UFO-OEPE-HMA, la Jefa de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, remite el Informe realizado por la Unidad Funcional de Organización, concluyendo que ha verificado que la estructura propuesta del proyecto Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Hemorragia Digestiva Alta Variceal, cumple con lo dispuesto en el anexo N° 04 del Modelo de Estructura de Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica (Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA), Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud (MINSA), por lo que emite opinión favorable a la propuesta detallada;

Que, el Artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, publicada con fecha 20 de junio de 1997, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, con Resolución Ministerial N° 302-2015-MINSA, se aprueba la Norma Técnica N° 117-MINSA/DGSPV.01, "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", la cual tiene como finalidad contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, se aprueba el Documento Técnico: "Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica", el mismo, que tiene la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de la atención en salud, con énfasis en la eficiencia, efectividad y seguridad; a través de la formulación de Guías de Práctica Clínicas que respondan a las prioridades nacionales, regionales y/o local;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA publicada en el Diario Oficial "El Peruano" el 28 de octubre de 2016, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"; cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los Documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud;

Que, mediante Resolución Directoral N° 572-2012-HMA-DG, se aprueba el Manual de Organización y Funciones (MOF) del departamento de Medicina;

Que, mediante Resolución Directoral N° 167-2012-HMA-DG, se aprueba el Manual de Organización y Funciones (MOF) de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico (OEPE);

Que, con el propósito de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnico-administrativos a nivel institucional, así como alcanzar los objetivos y metas en el Hospital María Auxiliadora, resulta pertinente atender la propuesta presentada por la Coordinadora de Gastroenterología del Departamento de Medicina, aprobando las propuestas de Guía de Práctica Clínica: para Diagnóstico y Tratamiento de Hemorragia Digestiva Alta Variceal, indicada en el primer considerando de la presente resolución;

Que, conforme a la conclusión arribada por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, mediante Informe N°006-2025-UFO-OEPE-HMA, resulta procedente la aprobación de la **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL**, propuesta por el Servicio Gastroenterología del Departamento de Medicina del Hospital "María Auxiliadora";

Que, en uso de las facultades conferidas en el literal c) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital "María Auxiliadora, aprobado por Resolución Ministerial N° 860-2003-SA/DM;

Con las visaciones del Jefe del Servicio de Gastroenterología del Departamento de Medicina, Jefe del Departamento de Medicina, Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- APROBAR la **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL**, del Servicio de Gastroenterología del Departamento de Medicina Hospital María Auxiliadora; por las consideraciones expuestas y que en anexo aparte forman parte de la presente Resolución.

ARTÍCULO 2°.- ENCARGAR al Servicio de Gastroenterología del Departamento de Medicina proceda a la difusión, implementación, supervisión y seguimiento de la **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA** aprobada en el artículo 1° de la presente Resolución,

ARTÍCULO 3°.- NOTIFÍQUESE la presente resolución, al interesado para los fines pertinentes.

ARTÍCULO 4°.- DISPONER la Publicación de la referida GUIA, en el Portal del Transparencia Estándar del Hospital y que la Unidad Funcional de Secretaría Administrativa de la Dirección General publique la presente Resolución en el portal institucional del Hospital María Auxiliadora.

REGISTRESE y COMUNIQUESE:

LEVJ/VMGF/EGQ

DISTRIBUCIÓN:

- () Oficina de Asesoría Jurídica
- () Dptos. Y Servicios
- () Interesado
- () Archivo



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

MC. LUIS ENRIQUE VIZCARRA JARA
DIRECTOR GENERAL
CMP 022683 RNE 019438



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital María
Auxiliadora

Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

36

HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA



SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA 2025

GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL

Lima – Perú
2025



2025

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL



HOSPITAL MARIA AUXILIADORA



MC. Luis Enrique Vizcarra Jara

Director General del Hospital María Auxiliadora

Imagen en portada:

Logo Hospital María Auxiliadora

Propiedad fotográfica:

Oficina de Comunicaciones

Contraportada:

Hospital María Auxiliadora

2025



EQUIPO DE ELABORACIÓN DE GUÍA

Dr. Francisco Montoya Cáceres

Jefe Departamento de Medicina
Hospital María Auxiliadora

Dra. Roxana Gallegos López

Jefe de Servicio de Medicina Especialidades
Hospital María Auxiliadora

Dra. Rossana Franco Vásquez

Jefe del Servicio de Gastroenterología
Hospital María Auxiliadora

Dr. Geanfranco Vega Oliver

Médico Residente de Gastroenterología
Hospital María Auxiliadora



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL

I. FINALIDAD

La presente guía de práctica clínica tiene como finalidad establecer un referente institucional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible para el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia digestiva alta variceal en el hospital María Auxiliadora.

II. OBJETIVO

Estandarizar el diagnóstico y manejo de la hemorragia digestiva alta variceal, poniendo a disposición las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible, con la intención de incrementar el diagnóstico temprano, disminuir la frecuencia de complicaciones, realizar una contrarreferencia oportuna, disminuir la recidiva de la enfermedad y disminuir el impacto económico institucional y familiar. Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica en nuestra institución.

III. ÁMBITO DE LA APLICACIÓN

La presente Guía Técnica de Práctica Clínica es de aplicación y cumplimiento por parte de los médicos, enfermeras y demás profesionales de salud del Departamento de Medicina y Servicio de Gastroenterología del Hospital María Auxiliadora, en la atención de todo paciente que presente hemorragia digestiva alta variceal.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL

4.1. NOMBRE Y CÓDIGO CIE 10:

HEMATEMESIS	K92.0
MELENA	K92.1
HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL	K.92.2
VARICE EN EL ESÓFAGO	I85.0
VARICE EN EL ESTÓMAGO	I86.4



V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIÓN

La hemorragia variceal se define como el sangrado de una varice esofágica o gástrica durante la endoscopia o la presencia de varices esofágicas grandes asociadas a sangre en el estómago sin otra causa reconocible de sangrado. (1)

Se considera un episodio agudo al sangrado que ocurre en el intervalo de tiempo de 5 días (120 horas) y el tiempo cero. (1)

El sangrado por varices gástricas se define como la visualización endoscópica de sangrado desde una varice gástrica, una úlcera o coágulo vista sobre una varice gástrica en la presencia de hemorragia digestiva sin evidencia de várices esofágicas u otra causa de sangrado gastrointestinal detectada. (2)

5.2. ETIOLOGÍA

Las varices gastrointestinales son venas submucosas dilatadas en el tracto gastrointestinal por hipertensión portal que pueden causar un sangrado potencialmente mortal. El aumento del flujo sanguíneo a través de las colaterales portosistémicas debido a la hipertensión portal provoca una dilatación del plexo venoso submucoso que da como resultado una presión intravariceal y tensión de la pared elevadas. El mecanismo de ruptura de las várices puede explicarse por la ley de Laplace. (3)

Tensión de la pared (T) = [Presión transmural (Pvarices-Plumen) × radio de las varices (R)] / [Espesor de la pared varicosa (WT)].

Las causas más comunes de hipertensión portal en Estados Unidos son la cirrosis por alcohol, NASH y hepatitis C. (3)

Las causas más frecuentes de cirrosis en el Perú son el alcoholismo (28%) y la hepatitis viral B y C (27%). (4)

El sangrado por varices gástricas está menos relacionado con el grado de hipertensión portal y más relacionado con el tamaño de la varice y la tensión de la pared. (2)



5.3 FISIOPATOLOGÍA

La hipertensión portal es la complicación más frecuente de la hepatopatía crónica. La presión venosa portal enclavada normal es de 3-5 mm Hg. El aumento de ésta conlleva el desarrollo de várices esofagogástricas, riesgo de hemorragia, complicaciones y muerte. (3)

El desarrollo de hipertensión portal en la cirrosis es un proceso multifactorial con cambios tanto en la circulación portal como sistémica. La mayoría de los pacientes en los países occidentales con hipertensión portal tienen cirrosis subyacente. La hipertensión portal no cirrótica suele ser menos común y abarca una amplia gama de patologías, típicamente de origen vascular. La hipertensión portal se define como un gradiente de presión de la vena hepática (HVPG) superior a 5 mmHg. El HVPG es un medio sustituto para medir la presión en las venas porta. HVPG normal (= presión de enclavamiento de la vena hepática - presión de la vena hepática libre) es de alrededor de 3-5 mmHg. Las várices suelen aparecer cuando los pacientes tienen HVPG > 10 mmHg y la presencia de HVPG > 12 mmHg es un factor de riesgo de hemorragia por varices. La reducción del HVPG a menos de 12 mmHg o $\geq 20\%$ desde el valor inicial reduce el riesgo de hemorragia inicial y otras complicaciones de la hipertensión portal (ascitis, encefalopatía). (3)

La derivación porto-sistémica debido a la hipertensión portal provoca la desviación de la sangre portal hacia la circulación sistémica y da como resultado la formación de varices. La presencia de una lesión hepática continua debido al alcohol, la hepatitis viral (hepatitis B y C) o la EHNA puede provocar un aumento del tamaño de las várices, mientras que la eliminación del factor etiológico puede provocar una disminución del tamaño o la desaparición de las várices en pacientes con cirrosis alcohólica. (3)

Hemodinámica intrahepática

Distorsión arquitectónica: la lesión hepatocelular provoca la transformación de las células estrelladas hepáticas en miofibroblastos. La expresión incrementada de los genes proinflamatorios y la actividad fibrótica, como resultado, promueve la neoangiogénesis y el depósito de colágeno intersticial resulta en una distorsión de la



arquitectura sinusoidal hepática. El daño arquitectónico y los nódulos regenerativos son responsables de casi dos tercios del aumento de la resistencia intrahepática. (3)

Mayor resistencia vascular: además de la conocida alteración anatómica en la arquitectura sinusoidal, ahora se entiende que hay cambios en la regulación neurohormonal del tono vascular dentro de la circulación portal. La lesión hepática provoca un aumento de la producción de vasoconstrictores (endotelina 1 y tromboxano A2) y la reducción de la síntesis de óxido nítrico (NO) debido a los vasodilatadores sinusoidales causa un deterioro del control vasomotor que conduce a un aumento adicional de la resistencia a la disfunción endotelial y es responsable de aproximadamente un tercio del aumento de intrahepático. El desequilibrio en la producción de vasoconstrictores y resistencias. (3)

Hemodinámica extrahepática

La hipertensión portal también induce cambios neurohormonales en la circulación esplácnica. La sobreproducción de NO a partir del endotelio esplácnico conduce a una reducción de la resistencia vascular esplácnica y sistémica. Además, una activación compensatoria del mecanismo renina-angiotensina conduce a un aumento del gasto cardíaco y del flujo sanguíneo hepático. También se sospecha que el aumento de la presión portal da como resultado una sobreproducción de factores angiogénicos como el factor de crecimiento endotelial vascular, el factor de crecimiento derivado de plaquetas a nivel microcirculatorio, lo que contribuye a la angiogénesis y la formación de colaterales que dan lugar a várices. (3)

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Las varices esofágicas son la causa de aproximadamente 9% de las hemorragias digestivas altas. Las várices esofago-gástricas están presentes en aproximadamente el 50% de los pacientes con cirrosis, correlacionándose con la severidad: 40% de los cirróticos Child A y 85% de los cirróticos Child C. (3)

Las várices gástricas están presentes en el 20% de los pacientes con cirrosis e hipertensión portal. Sangran de forma menos frecuencia que las várices esofágicas,



pero cuando lo hacen producen un sangrado más intenso. El riesgo acumulativo de sangrado por varices gástricas es de 44% a los 5 años. (2)

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.5.1. Estilo de vida

- No adherencia al tratamiento profiláctico de la hipertensión portal

5.5.2. Factores clínicos

- Hipertensión portal clínicamente significativa (mayor de 12mmHg)
- Varices esofágicas grandes (mayor de 5mm)
- Presencia de signos rojos
- Cirrosis hepática descompensada (Child B / C)
- Infección por VHB / VHC sin tratamiento
- Alcoholismo activo
- Enfermedades concomitantes: La presencia de problemas renales, respiratorios, cardiovasculares, endocrinológicos, de coagulación e infecciosos. (3)

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 CUADRO CLÍNICO

6.1.1 Signos y Síntomas

- Síntomas: debilidad, sed, mareos, palpitaciones, diaforesis, taquicardia, hipotensión.
- Signos:
 - Hematemesis (vómitos con sangre roja)
 - Vómitos o residuo gástrico borraceo
 - Melena (deposiciones negras de consistencia similar a la brea y de mal olor)
 - Hematoquezia (presencia de sangrado rojo vinoso, coágulos, con las heces).



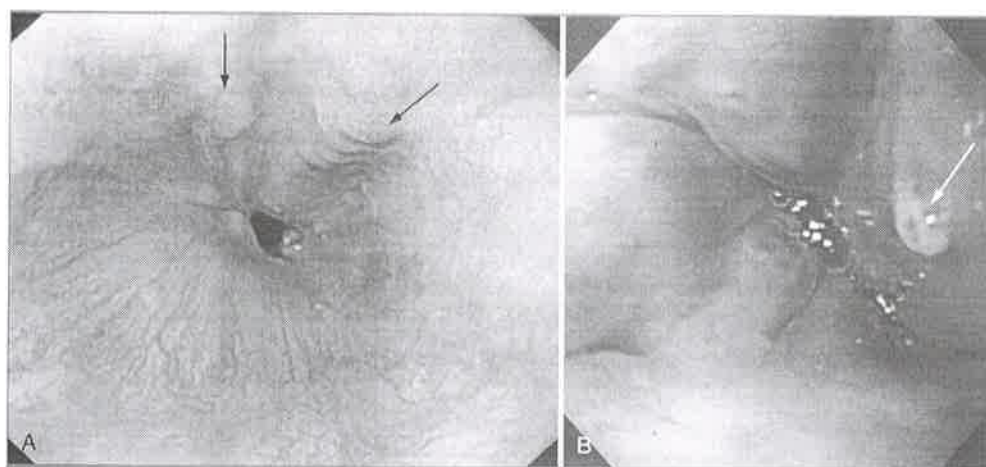
- Estigmas de cirrosis e hipertensión portal: eritema palmar, telangiectasias, ginecomastia, atrofia testicular, ictericia, cabeza de medusa, ascitis, esplenomegalia, hemorroides y asterixis.

6.1.2 Interacción cronológica

Tras la estabilización hemodinámica del paciente se debe realizar la endoscopia alta dentro de las 12 horas siguientes al momento de la presentación del paciente.(5)

6.1.3 Gráficos, diagramas, fotografías:

Clasificación de varices esofágicas (6)



Fuente: Feldman, M. et al. Sleisenger y Fordtran. Enfermedades Digestivas y Hepáticas. 8ava edición. España: Elsevier España, S.A; 2008. p. 1908

A: EGD que muestra venas dilatadas y rectas (varices esofágicas pequeñas) en el esófago distal (flechas).

B: Várices esofágicas grandes, mayores de 5 mm de diámetro, con un tapón de fibrina (flecha) que indica el sitio de una hemorragia reciente.



Clasificación endoscópica japonesa de várices esofágicas (7)

VARICES ESOFAGICAS

Registro endoscópico de várices esofágicas

(Japanese Research Society for Portal Hipertensión).

1. Color fundamental
 - a. Blanco (Cw)
 - b. Azul (Cb).
2. Señales de color rojo (RCS): (Pequeños vasos dilatados o microtelangiectasias en la superficie de la várice).
 - a. Marcación "wale rojo" (RWM)
 - b. Punto rojo-cereza (CRS)
 - c. Punto hematoquístico (HCS)
 - d. Enrojecimiento difuso (DR)
3. Forma
 - a. Várices pequeñas, rectas (F1)
 - b. Várices agrandadas y tortuosas que ocupan < 1/3 parte del lumen (F2).
 - c. Várices grandes en forma de espiral que ocupan >1/3 parte el lumen (F3).
4. Localización (Extensión longitudinal)
 - a. Inferior (Li)
 - b. Media 1/3 debajo de la bifurcación de la traquea (Lm)
 - c. Superior 1/3 por encima de la bifurcación de la traquea (Ls).
5. Hallazgos adicionales
 - a. Erosión (E)

Fuente: Miyaaki H, Ichikawa T, Taura N, Miura S, Isomoto H, Nakao K. Endoscopic management of esophagogastric varices in Japan. Ann Transl Med. 2014 May;2(5):42. doi: 10.3978/j.issn.2305-5839.2014.05.02. PMID: 25333017; PMCID: PMC4200683.

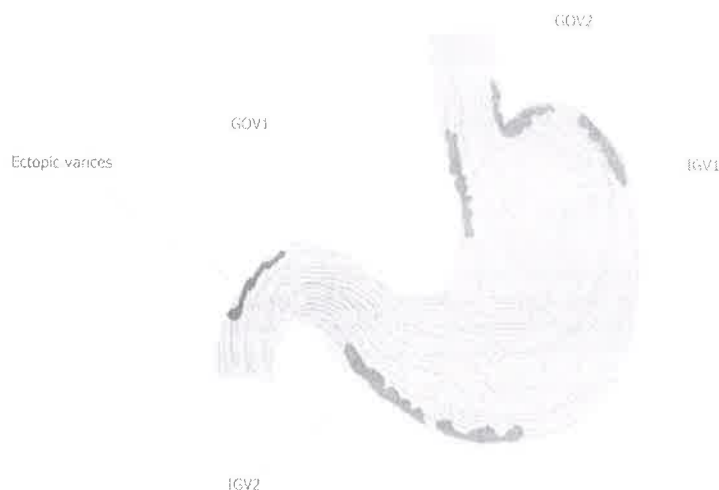


PERÚ

Ministerio
de SaludHospital María
Auxiliadora

Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Clasificación de varices gástricas según su localización anatómica en el estómago (3)



Fuente: Umesha B. Update on management of gastrointestinal varices. World Journal of Gastrointestinal Pharmacology and Therapeutics. 2019.

GOV1: Várices gastroesofágicas tipo 1; GOV2: varices gastroesofágicas tipo 2;
IGV1: Várices aisladas tipo 1 y IGV2: varices gástricas aisladas tipo 2.

Clasificación de Gastroenteropatía hipertensiva: Clasificación de Tanoue (8)



Fuente: Casas Meritxell, et al . Concordancia inter e intraobservador en el diagnóstico de la gastropatía por hipertensión portal. Rev. esp. enferm. dig.



6.2 DIAGNÓSTICO

6.2.1 Criterios de Diagnóstico

El diagnóstico de hemorragia digestiva variceal se realiza cuando se observa cualquiera de los siguientes casos en la endoscopia digestiva alta:

- Varices que sangran activamente
- Signos de sangrado reciente en varices o estigmas de alto riesgo como telangiectasias, signos rojos, tapón de plaquetas y fibrina (signo del pezón blanco), marca roja de la pared o varices sobre várices
- Presencia de varices y sangre en el estómago, sin que se observe ninguna otra fuente de sangrado.

Hallazgos endoscópicos:

- Várices esofágicas (3):
 - Pequeñas: menor a 5mm, colapsan al insuflar y apenas se proyectan sobre la mucosa esofágica.
 - Grandes: mayor a 5mm, no colapsan al insuflar y se proyectan hacia la luz esofágica

Además, pueden ser descritas según su proyección a la luz esofágica (3):

- Grado 1: colapsan al insuflar y apenas se proyectan sobre la mucosa esofágica.
- Grado 2: no colapsan al insuflar y se proyectan hasta 1/3 de la luz esofágica.
- Grado 3: no colapsan al insuflar y ocluyen la luz esofágica.

- Várices gástricas:
 - GOV Las varices gastroesofágicas (GOV) son una extensión de las varices esofágicas y se clasifican en 2 tipos:
 - Tipo 1 (GOV1) varices: se extienden a lo largo de la curvatura menor.
 - Tipo 2 (GOV2) varices gástricas extender a lo largo del fondo de ojo y tienden a ser más largo y más tortuoso.
 - IGV: Las várices gástricas aisladas (IGV) se producen en ausencia de las várices esofágicas y también se clasifican en 2 tipos:
 - Tipo 1 (IGV1) están situados en el fondo y tienden a ser tortuosa y complejo.
 - Tipo 2 (IGV2) están situados en el cuerpo, antro, o alrededor del píloro.

Además, deben ser descritas según tamaño:

- Grandes: mayor a 10 mm
- Medianas: entre 5-10 mm
- Pequeñas: menor a 5mm



- Gastroenteropatía hipertensiva (Clasificación de Tanoue) (8)
 - Leve: Eritema
 - Moderada: Patrón de mosaico
 - Severa / Grave: Erosiones y Hemorragia

6.2.2 Diagnóstico diferencial

- Hemorragia digestiva baja
- Hemoptisis
- Epistaxis: Sangrado de origen nasal.
- Sangrado de várices de la base de la lengua: sangre que aparece en la cavidad oral y no es regurgitada.
- Alimentaria o Medicamentoso: Alimentos tipo gelatina ó beterraga pueden cambiar color de las heces y causar confusión. Igualmente, el hierro y el bismuto es causa común de confusión.

6.3 EXÁMENES AUXILIARES

6.3.1 De Patología Clínica y anatomía patológica

- Hemograma completo
- Grupo sanguíneo y factor
- Glucosa
- Creatinina
- Urea
- Perfil de coagulación
- AGA y electrolitos
- Perfil hepático
- Estudio anatomopatológico

6.3.2 De Imágenes

- Radiografía de tórax
- Ecografía abdominal

6.3.3. Exámenes complementarios.

- Endoscopia alta diagnóstica
- Endoscopia alta terapéutica



6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 Medidas generales y preventivas

Nivel I – II

- Evaluación rápida del estado hemodinámico del paciente para su estabilización y resucitación inmediata.
- Control de signos vitales: Presión arterial, frecuencia cardíaca, pulso, ortostatismo.
- Acceso venosos de buen calibre.
- Iniciar fluidoterapia vigorosa con cristaloides (NaCl 0.9%) para mantener presión arterial y frecuencia cardíaca en niveles normales.
- Oxigenoterapia en inestabilidad hemodinámica.
- Paciente estable en reposo absoluto, decúbito dorsal izquierdo si presenta vómitos o en Trendelenburg si está en shock.
- Valorar la necesidad de intubación endotraqueal para protección de vía aérea.
- Evaluar severidad de la hemorragia, con la escala de Glasgow-Blatchford para la clasificación pre-endoscópica de los pacientes permitiendo estratificarlos en grupos de alto y bajo riesgo. Una puntuación menor o igual a 2 puntos indica bajo riesgo pudiéndose valorar el manejo ambulatorio de estos pacientes.
- Según esta estratificación decidir si el manejo es en una unidad de cuidados intensivos o en observación de emergencia o piso.
- Organizar el manejo específico y coadyuvante de la causa del sangrado y considerar transferencia.

Nivel III (Hospital María Auxiliadora)

- Además de lo anterior
- Exámenes auxiliares
- Paciente con comorbilidad cardíaca o renal: evaluación conjunta con especialidades.
- En paciente con hepatopatía: mantener hemoglobina 7-8 mg/dL
- Corregir plaquetopenia para conseguir un valor mayor o igual a 50 000 /mm³.



- Idealmente debe realizarse el procedimiento en un área con anestesiólogo para protección de vía aérea y monitorización hemodinámica del paciente en caso sea necesario.
- Paciente debe permanecer en área crítica hasta evaluación endoscópica y manejo terapéutico de ser necesario, subir a área de hospitalización con adecuado control clínico y laboratorio de remisión de sangrado.

6.4.2 Terapéutica

- Estabilización hemodinámica y preparación pre-endoscópica.
 - Resucitación con fluidos
 - Canalizar 2 accesos venosos periféricos de buen calibre (N16 o 18) o 1 vía central.
 - Iniciar reposición de volumen con ClNa 0.9% para mantener una PAM mayor de 65mmHg.
 - Protección de vía aérea (los pacientes con hemorragia variceal tienen alto riesgo de aspiración):
 - Considerar intubación en pacientes con estado de conciencia alterado (Escala de Glasgow ≤ 8), hematemesis severa activa, encefalopatía hepática severa (Escala de West Haven grado 3 o 4), en aquellos con alto riesgo de aspiración (reflejo nauseoso ausente) y/o shock.
 - Transfusión restrictiva: se debe mantener una hemoglobina entre 7-8gr/dL (9)
 - Corrección de coagulopatía:
 - El INR no es un indicador del estatus de coagulación confiable en cirróticos (sobreuso de productos sanguíneos acarrea riesgos como trombosis de vena portal). (1)
 - Ofrecer transfusión de plaquetas a pacientes cuyo sangrado no haya sido controlado y persistan sangrando activamente.
 - Ofrecer plasma fresco congelado a pacientes que tengan un nivel de fibrinógeno menor de 100mg/dL - 120mg/dL ya que niveles bajos de fibrinógeno se asocian a un riesgo incrementado de sangrado en pacientes cirróticos críticamente enfermos.



- Idealmente se recomienda el uso de tromboelastografía (TEG) para ayudar a determinar la necesidad de terapia de reemplazo de factor y plaquetas en pacientes con cirrosis y por tanto reducir la transfusión de productos sanguíneos innecesariamente. (10)
- Manejo de la ascitis: En caso el paciente presente ascitis a tensión (grado 3) deberá someterse a paracentesis evacuatoria con reposición de albúmina (8gr de albúmina por cada litro de líquido ascítico extraído) en caso de que el volumen extraído sea mayor de 5 litros.
- Terapia farmacológica:
 - Inhibidor de Bomba de Protones: Omeprazol 80mg EV en bolo y posteriormente 40mg EV cada 12 horas, hasta la realización de la Video endoscopia digestiva alta.
 - Agente Vasoactivo: Octreótide 50 microgramos en bolo y luego a 50 microgramos / hora en bomba de infusión hasta completar 3-5 días de tratamiento. Ejemplo: Octreótide 200 microgramos/ml (0,2ug/ml) frasco de 5ml + ClNa 0.9% 95ml: 5ml EV STAT seguido de 5ml/h EV en infusión continua. Alternativamente, Terlipresina 2 mg EV cada 4 horas y puede ser titulado a 1mg ev cada 4 horas cuando la hemorragia esté controlada.
 - Profilaxis antibiótica: Ceftriaxona (1 g/día) durante 5-7 días.
 - Procinético pre-procedimental: Eritromicina 250mg EV 30-120min antes de la Videoendoscopia digestiva alta (mejora la visualización endoscópica, reduce la necesidad de una segunda endoscopia y reduce el tiempo de estancia hospitalaria). Alternativamente, metoclopramida 10mg EV 30-120 min antes de la Videoendoscopia Digestiva alta.(9)
 - Una vez estabilizado el paciente: Mantener lactulosa (25 ml c/8-12 horas hasta mantener de 2 a 3 deposiciones blandas, y luego titular) o rifaximina 550mg c/12 horas para prevenir la encefalopatía hepática.

El hecho de colocar medicamentos, no excluye la necesidad de Videoendoscopia Digestiva Alta (VEDA):

- Terapia endoscópica en caso de varices esofágicas:



- Endoligadura de varices con banda: Es el tratamiento de elección. Las sesiones de endoligadura se repiten a intervalos de 2-4 semanas hasta la erradicación completa de las varices esofágicas. Se recomienda una nueva endoscopia de vigilancia cada 3 a 6 meses para evaluar la recurrencia de várices y necesidad de repetir la endoligadura. (1)
- Escleroterapia en agentes basados en alcohol: El oleato de etanolamina es una combinación de una base orgánica y ácido oleico. La etanolamina actúa produciendo una respuesta inflamatoria relacionada con la dosis. Esto da como resultado fibrosis y posible oclusión de la vena. Se utiliza como solución al 5% y contiene 50 mg de oleato de etanolamina, con 2% de alcohol bencílico por mililitro a un pH de 8 a 9. Se presenta en ampollas de 2 ml. La dosis recomendada es de 1,5 a 5 ml por inyección sin diluir. La dosis máxima por tratamiento no debe exceder de 0,4 ml / kg o 20 ml. Se dispensa con una aguja de escleroterapia en varios calibres (calibre 21-25) preferentemente la aguja de calibre 23, que proporciona mayores caudales.

Se pueden inyectar en localizaciones intra o paravárices:

- El objetivo de la inyección intravariceal es inducir la trombosis y posterior oclusión de la luz de la varice, ésta requiere menos fuerza pero induce más sangrado temporal durante el procedimiento.
- La inyección paravariceal ocluye la varice mediante taponamiento e inducción de fibrosis submucosa del tejido alrededor de la varice. (12)

Para eliminar la variz, las inyecciones se pueden realizar en el momento del episodio de sangrado agudo y posteriormente si es necesario. Se recomienda para casos en los cuales la endoligadura sea técnicamente difícil de realizar, cuando no se encuentre otras terapias endoscópicas disponibles o según criterio médico, por la alta incidencia de resangrado y riesgo de desarrollar úlceras profundas. (13)

- El alcohol absoluto (99,5% de etanol) se prefiere en inyección intravariceal sin diluir. Se inyecta un promedio de 0,5 a 1 ml por varice hasta un máximo de 4 ml por sesión.
- Escleroterapia con cianoacrilato: Reservada para casos en los cuales la endoligadura sea técnicamente difícil de realizar. (14)



- Terapia endoscópica de várices gástricas:
 - GOV-1: manejo similar a las varices esofágicas.
 - GOV-2, IGV-1, IGV-2: Escleroterapia con inyección de cianoacrilato, con dilución de 0,5mL de cianoacrilato con 0,5 mL de lipiodol en relación 1:1 y aumentar el volumen a utilizar según el tamaño de las várices a tratar. Para prevenir el resangrado se recomienda una nueva sesión tras 2-4 semanas. (9)
 - La embolización con espiral guiada por Ultrasonografía endoscópica (USE) más la inyección de cianoacrilato tiene un mayor éxito técnico y clínico en comparación con la inyección de cianoacrilato sola o la embolización con espiral sola. La embolización con espiral más cianoacrilato también dio lugar a tasas de Eventos Adversos (EA) más bajas en comparación con la inyección de cianoacrilato sola. (15)

Posteriormente a la obturación con cianoacrilato se debe tomar una radiografía de abdomen simple. Debido a la amplia variación de la anatomía vascular de las varices gástricas se recomienda que tras el tratamiento endoscópico inicial se realice un estudio imagenológico (TEM o RNM) con fase venosa portal para delimitar los shunts portosistémicos y gastrorenales para planificar la terapia definitiva. (13)

Ante la falla del tratamiento endoscópico o ante la recurrencia de sangrado.

Terapia de rescate:

Taponamiento con sonda esofágica de 3 Lumen 18FR x 100cm: Sengstacken-Blakemore (SB) o Minesota. Debe utilizarse cuando la terapia endoscópica inicial falla en controlar la hemorragia variceal aguda. Es una medida temporal (máximo 24 horas) en pacientes con sangrado incontrolable, con una terapia definitiva planeada (endoscópica o TIPS). (9)

Stent metálico auto-expandible: Puede ser más eficaz y seguro que el taponamiento con balón. (9)

TIPS temprano: TIPS está indicado en pacientes con hemorragia variceal (esofágicas o gástricas) que no pueden ser controladas o en los que el



sangrado recurre a pesar de terapia farmacológica combinada con terapia endoscópica.

La obliteración transvenosa retrógrada con balón ocluido (BROTO) es un procedimiento realizado por los radiólogos intervencionistas en el que se accede a la varice a través de un catéter por la vena femoral, hacia la vena cava inferior, luego a la vena renal izquierda y al tracto de salida de varices. La várice se ocluye luego con un catéter de punta de globo seguido por espirales y sustancia esclerosante para ocluir las varices.

Cirugía: para shunt de emergencia. Tiene mortalidad de 50%, por lo cual se debe valorar riesgo beneficio según condición de cada paciente.

6.4.3 Efectos adversos o colaterales con el tratamiento.

- Las complicaciones de endoligadura: ulceración esofágica y posible empeoramiento o desarrollo de gastropatía hipertensiva portal o várices gástricas.
- Las complicaciones de la escleroterapia pueden clasificarse en locales, regionales o sistémicas:
 - Complicaciones locales: embolización por trombo de goma, impactación de aguja, exacerbación de sangrado, infección, estenosis y gastropatía hipertensiva. (13)
 - Complicaciones regionales: perforación esofágica, mediastinitis y trombosis de vena porta.
 - Complicaciones sistémicas: sepsis y aspiración, alteración de la ventilación/perfusión y hipoxemia.(14)

6.4.4 Signos de alarma

- Falla de tratamiento: dentro de las 120 horas siguientes al episodio de sangrado:



- Hematemesis o aspirado > 100ml de sangre fresca por sonda nasogástrica 2 horas después de haber iniciado tratamiento medico o endoscópico.
- Shock hipovolémico
- Caída de hemoglobina mayor o igual a 3g/dL en 24 horas
- Resangrado clínicamente significativo: mayor o igual a 120 horas después de la primera hemorragia que ha sido controlada.

6.4.5 Criterios de Alta

- Criterios de alta:
 - Estabilidad hemodinámica
 - No evidencia de sangrado activo
 - Estabilización de la hemoglobina entre 7 a 8mg/dL
 - Haber culminado tratamiento con los agentes vasoactivos (Por ejemplo: octreotide 3-5 días)
 - Buena tolerancia de dieta
 - Adecuada tolerancia oral de tratamiento médico
 - Medio interno estable
 - No enfermedades concurrentes serias descompensadas
- Indicaciones de alta:
 - El β -bloqueante no selectivo (BBNS) como propranolol 40mg iniciando 20mg VO cada 12h e ir subiendo la dosis hasta alcanzar una FC de 55-60 lpm.
 - La endoligadura con banda debe repetirse cada 2-4 semanas hasta la obliteración.
 - Los pacientes que son candidatos a un trasplante hepático deben ser referidos a un centro de trasplante para su evaluación.

6.4.5 Pronóstico

- La hemorragia variceal se produce a un ritmo del 5-15% por año. A pesar de que el sangrado de varices esofágicas cesa espontáneamente hasta en el 40% de



los pacientes, tiene una mortalidad de aproximadamente del 20% a las 6 semanas. (3)

6.5 Complicaciones

- Neumonía por aspiración
- Bacteremia
- Síndrome hepatorenal
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Encefalopatía hepática
- Fallecimiento

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

La referencia y contrarreferencia deben seguir lo establecido en la norma técnica N° 018- MINSA / DGSP-V.01: norma técnica del sistema de referencia y contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud.

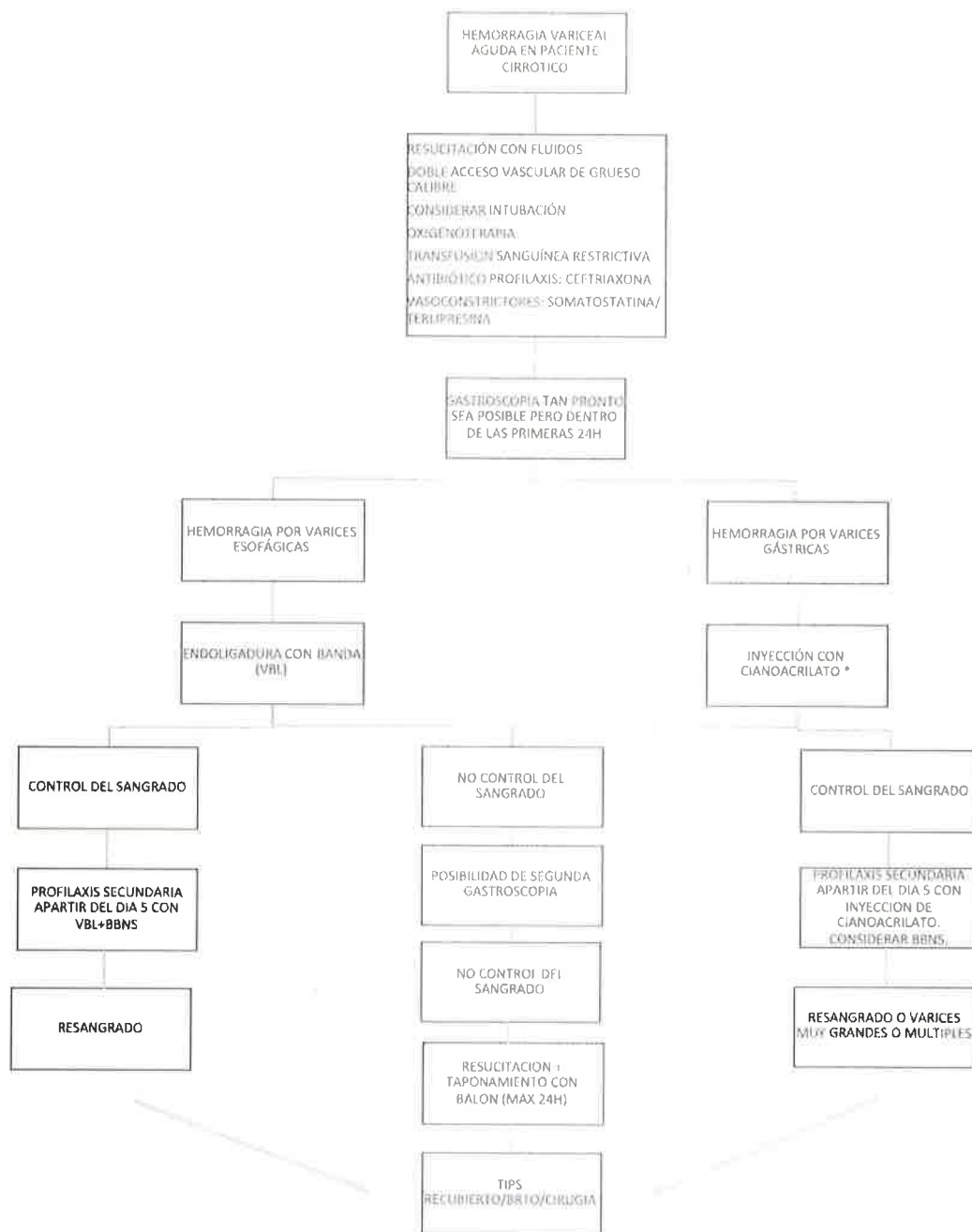
Referencia: Los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta variceal de nuestro hospital, por su nivel resolutivo III-1, no necesitan ser referidos a otros centros hospitalarios, salvo ante la necesidad de evaluación, exámenes y/o procedimientos especializados que no se realicen en la institución, luego de haber sido evaluado en junta médica.

Criterios de contrarreferencia

El manejo de todo paciente con hemorragia digestiva alta cuya etiología sea una patología compleja, su seguimiento y control será mediante contrarreferencia a nuestro propio hospital por Consultorio externo de Gastroenterología del Hospital Nivel III.



6.7 FLUXOGRAMAS



Algoritmo para el manejo del sangrado variceal agudo. * En caso GOV1 tratar como varice esofágica. BBNS: beta bloqueador no selectivo. (1)



6.8 ANEXOS

Colocación de Sonda esofágica de 3 Lumen 18FR x 100cm (16,17)

Preparación

- Protección de vía aérea (intubación endotraqueal previa)
- Posición supina en 45 grados o decúbito lateral izquierdo.
- Inflar el balón esofágico y gástrico para descartar fugas, luego desinflarlo completamente y lubricarlo.
- Marcar el tubo nasogástrico
- Sostener el extremo distal del tubo nasogástrico 2 cm sobre el balón gástrico y marcar a nivel de 50cm del tubo.
- Sostener el extremo distal del tubo nasogástrico 2 cm sobre el balón gástrico y marcar a nivel de 50cm del tubo

Técnica a ciegas

- Insertar oralmente el balón de SB lubricado y desinflado utilizando técnica similar a un tubo orogástrico. Parar al llegar a la marca de 50cm del tubo. La marca debe estar mirando el lado derecho del paciente.
- Probar la localización usando una jeringa y auscultando la región gástrica y los pulmones. Si está en estómago, inflar el balón gástrico con 50ml de aire a través del puerto gástrico.
- Confirmar la localización gástrica con una placa de tórax simple.
- Al confirmarse la localización gástrica, inflar otros 200ml adicionales de aire en el puerto gástrico para un total de 250ml en el balón gástrico.
- Aplicar tracción al dispositivo usando una venda y una bolsa de 1 litro de solución (para 1kg de tracción). Marcar el tubo a nivel de la boca y esperar 10min. En caso se mueva menos de 1 pulgada, el tubo podrá asegurarse bajo la misma tracción.
- Luego realizar una succión gástrica seguido de un enjuague y repita la aspiración. Esto verifica si hay sangrado debajo del balón gástrico.



- Valorar el sangrado sobre el balón gástrico usando el tubo nasogástrico premarcado. Si existe sangrado continuo se deberá inflar el balón esofágico.
- Usando un manómetro, inflar el balón a través del puerto esofágico a 30mmHg, si el sangrado persiste aumentar a 45mmHg.

Técnica endoscópica

- Se coloca el tubo SB bajo visualización directa con el uso de un asa endoscópica y un gastroscopio. La liga se usa para agarrar la punta del tubo SB y apretar con fuerza el tubo colocado directamente a lo largo del costado del alcance. (Alternativamente pueden usarse 3 hilos de sutura amarrados al extremo distal del tubo de SB y agarrarse con una pinza de biopsia convencional para luego traccionarse a través del canal de trabajo y ancharlo en la cabeza del endoscopio).
- Se hace avanzar cuidadosamente el gastroscopio a través de la orofaringe y la parte superior del esófago con el lazo agarrando la punta del tubo SB y empujándolo hacia el estómago.
- El endoscopio se avanza hasta el antro del estómago y se flexiona para asegurar que el balón gástrico este completamente ubicado en el estómago.
- A continuación, se infla el balón gástrico con 250 ml de aire bajo visualización directa.
- Una vez asegurado el tubo SB, se abre el lazo y se retira el endoscopio.
- Mientras se infla el globo, el endoscopio se retira sin desplazar el tubo de SB insuflado.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dhiraj T, Adrian J. UK guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients. Gut. CrossMark. 2015.
2. Louisa J. Update on management of gastric varices. World Journal of Hepatology. 2019.
3. Umesha B. Update on management of gastrointestinal varices. World Journal of Gastrointestinal Pharmacology and Therapeutics. 2019.
4. Bustios C. Características Epidemiológicas y Clínicas de la Cirrosis Hepática en la Unidad de Hígado del HNERM. Rev de Gastroenterología Perú. 2007
5. Endoscopic diagnosis and management of esophagogastric variceal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. 2022 Nov;54(11):1094-1120. doi: 10.1055/a-1939-4887. Epub 2022 Sep 29.
6. Feldman, M. et al. Sleisenger y Fordtran. Enfermedades Digestivas y Hepáticas. 8ava edición. España: Elsevier España, S.A; 2008. p. 1908
7. Miyaaki H, Ichikawa T, Taura N, Miuma S, Isomoto H, Nakao K. Endoscopic management of esophagogastric varices in Japan. Ann Transl Med. 2014 May;2(5):42. doi: 10.3978/j.issn.2305-5839.2014.05.02. PMID: 25333017; PMCID: PMC4200683.
8. Casas Meritxell, Vergara Mercedes, Brullet Enric, Junquera Félix, Martínez-Bauer Eva, Miquel Mireia et al. Concordancia inter e intraobservador en el diagnóstico de la gastropatía por hipertensión portal. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2018 [citado 2024 Jul 01]; 110(3): 166-171. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082018000300006&lng=es.
<https://dx.doi.org/10.17235/reed.2018.5169/2017>.
9. John G. Endoscopic treatment of variceal upper gastrointestinal bleeding. ESGE. 2020
10. Hartmann J, Dias JD, Pivalizza EG, Garcia-Tsao G. Thromboelastography-Guided Therapy Enhances Patient Blood Management in Cirrhotic Patients: A Meta-analysis Based on Randomized Controlled Trials. Semin Thromb Hemost. 2023 Mar;49(2):162-172. doi: 10.1055/s-0042-1753530. Epub 2022 Sep 2. PMID: 36055266; PMCID: PMC9897960.
11. Alan N. Barkun. Prokinetics in acute upper GI bleeding: a meta-analysis. Quebec: Canada. Original Article. American Society for Gastrointestinal Endoscopy ASGE. 2010
12. GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY Volume 66, No. 1 : 2007



13. Zachary H. AGA Clinical Practice Update on Management of Bleeding Gastric Varices: Expert review. Clinical Gastroenterology and Hepatology. 2021
14. The role of endoscopy in the management of variceal hemorrhage. ASGE. 2014
15. McCarty TR, Bazarbashi AN, Hathorn KE, Thompson CC, Ryou M. Combination therapy versus monotherapy for EUS-guided management of gastric varices: A systematic review and meta-analysis. Endosc Ultrasound. 2020 Jan-Feb;9(1):6-15. doi: 10.4103/eus.eus_37_19. PMID: 31417066; PMCID: PMC7038733.
16. Mollie P. Sengstaken-Blakemore Tube. National Institutes of Health (NIH). North Florida. 2021
17. Erick W. Inserting the Sengstaken-Blakemore tube successfully in a difficult case of uncontrollable esophageal variceal bleeding, using sutures and an endoscope. Tropical Gastroenterology. Khoo Teck Puat Hospital. 2012. 65-66