GOBIERNO FEDERAL

SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA GPC

Diagnóstico y Tratamiento de Várices Esofágicas

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: **IMSS-087-08**

Consejo de Salubridad General

IMSS

ISSSTE

PEMEX

DIF Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Vivir Mejor

Av. Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud

Deberá ser citado como: Guía de Práctica Clínica, **Diagnóstico y Tratamiento de Várices Esofágicas**, México; Instituto Mexicano del Seguro Social 2008.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

ISBN en trámite

I-85 Várices Esofágicas
GPC: Diagnóstico y Tratamiento de Várices Esofágicas

Autores y Colaboradores

Coordinadores:			
Dra. Consuelo Medécigo Micete	Médico No Familiar	Instituto Mexicano del Seguro social	Coordinador de Programa. CUMAE Nivel Central
Autores:			
Luz Ma. De Soto Molina	Gastroenterología y Endoscopia	Instituto Mexicano del Seguro social	Médico No Familiar, en Adiestramiento IMSS/Delegación Sur / HE CMN S XXI México D.F.
Noel Esparza Durán	Cirugía General	Instituto Mexicano del Seguro social	Médico No Familiar, adscrito al Departamento de Cirugía General IMSS/Hospital General de Zona No 2 de Hermosillo Son.
Elsy Guadalupe Flores Terrones	Urgencias Médicas	Instituto Mexicano del Seguro social	Médico No Familiar, adscrito al Departamento de Urgencias Adultos IMSS /Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No 1 Campeche
Francisco Javier Ochoa Pineda	Cirugía General	Instituto Mexicano del Seguro social	Médico No Familiar, adscrito al Departamento de Cirugía General IMSS/Hospital General de Zona No 28 Costa Rica Sinaloa
Validación Interna:			
Pablo de Jesús Baltazar Montúfar	Gastroenterología Médico - Quirúrgica y Endoscopia	Instituto Mexicano del Seguro social	Médico No Familiar, adscrito al Departamento de Endoscopia Digestiva IMSS/Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza México D.F.
Patricia Grajeda López	Gastroenterología Médico - Quirúrgica y Endoscopia	Instituto Mexicano del Seguro social	Médico No Familiar, adscrito al Departamento de Endoscopia Digestiva IMSS/Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza México D.F.
Validación Externa:			
Fernando Bernal Sahagún	Gastroenterología		Academia Mexicana de Cirugía
David Kershenobich Stalnikowitz	Gastroenterología Hepatológica		Academia Nacional de Medicina de México
Dr. Juan Miguel Abdo Francis			Academia Mexicana de Cirugía

Índice

Autores y Colaboradores....3
1. Clasificación....5
2. Preguntas a Responder por esta Guía....6
3. Aspectos Generales....7
3.1 Justificación....7
3.2. Objetivo de esta Guía....7
3.3. Definición....8
4. Evidencias y Recomendaciones....9
4.1 Prevención Primaria....10
4.1.1 Promoción de la Salud....10
4.2 Prevención Secundaria....11
4.2.1 Prevención de Primer Evento y Recurrencia de Sangrado Variceal....11
4.3 Diagnóstico....12
4.3.1 Diagnóstico Clínico (Ver Algoritmo 1)....12
4.3.2 Pruebas de Detección Específica....12
4.4 Tratamiento....14
4.4.1Tratamiento Farmacológico y Endoscópico (Ver Algoritmos 2, 3 y 4)....14
4.4.2 Pacientes con Cirrosis, sin Várices....14
4.4.3 Pacientes con Cirrosis y Várices Pequeñas....15
4.4.4 Pacientes con Cirrosis y Várices Grandes que no han Sangrado. Prevención Primaria de Hemorragia....15
4.4.5 Pacientes con Várices Gástricas....18
4.4.6 Pacientes con Cirrosis y un Episodio Agudo de Hemorragia Variceal. Medidas Generales....19
4.4.7 Tratamiento Específico para el Control de Hemorragia Aguda y Prevenir su Recurrencia Temprana....20
4.4.8 Uso de Somatostatina y/o sus Análogos....21
4.4.9 Manejo Endoscópico y Combinado de la Hemorragia Aguda....23
4.4.10 Manejo Quirúrgico de la Hemorragia Aguda....24
4.4.11 Prevención de Recurrencia de Sangrado....25
4.5 Criterios de Referencia y Contrarreferencia....26
4.5.1 Criterios Técnico Médicos de Referencia....26
4.5.2 Referencia al Segundo Nivel de Atención....26
4.5.3 Referencia al Tercer Nivel de Atención....26
4.6 Criterios Técnico Médicos de Contrarreferencia....27
4.6.1 Contrarreferencia al Segundo Nivel de Atención....27
4.6.2 Contrarreferencia al Primer Nivel de Atención....27
4.7 Vigilancia y Seguimiento....27
4.8 Tiempo Estimado de Recuperación y Días de Incapacidad Cuando Proceda....28
6. Anexos....30
6.1 Protocolo de Búsqueda....30
6.2. Sistemas de Clasificación de la Evidencia y Fuerza de la Recomendación....31
6.3. Clasificación o Escalas de la Enfermedad....33
6.4. Medicamentos....34
5.5 Algoritmos....36
6. Glosario....40
7. Bibliografía....41
8. Agradecimientos....42
9. Comité Académico....43
10. Directorio Sectorial y del Centro Desarrollador....44
11. Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica....45

1. Clasificación

Catálogo Maestro: IMSS-087-08	
PROFESIONALES DE LA SALUD	Médicos con especialidad en gastroenterología, endoscopia, urgencias médicas y cirugía general.
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	I 79 Trastornos de las arterias, de las arteriolas y de los vasos capilares en enfermedades clasificadas en otra parte. Enfermedades de las venas y de los vasos y ganglios linfáticos, no clasificados en otra parte I 85 Várices esofágicas
GRD	571 Trastorno esofágico mayor
CATEGORÍA DE GPC	Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención — Diagnóstico y Tratamiento
USUARIOS POTENCIALES	Personal de Salud en Formación y en Servicio Social, Médicos Generales y Familiares. Médicos con especialidad en: Gastroenterología, Endoscopia, Cirugía General y Urgencias Médicas
TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Instituto Mexicano del Seguro Social UMAE CMN S XXI Hospital General de Zona No 2 de Hermosillo Son. Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No 1 Campeche Hospital General de Zona No 28 Costa Rica Sinaloa
POBLACIÓN BLANCO	Mujeres y hombres mayores a 18 años
FUENTE DE FINANCIAMIENTO/ PATROCINADOR	Instituto Mexicano del Seguro Social
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Clasificación de Child Pugh Diagnóstico de várices esofágicas a través de endoscopia Prevención primaria y secundaria de sangrado secundario a várices esofágicas Tratamiento farmacológico Ligadura de várices Escleroterapía Manejo de hemoragía aguda Tratamiento quirúrgico Fármacos: betabloqueadores no selectivos, somatostatina y/ó analogos
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Contribuir a: Prevenir y/o retardar el primer evento y recurrencia de hemorragia aguda Otorgar referencia y atención oportuna al segundo y tercer nivel de atención Disminuir la mortalidad y Mejorar la calidad de vida
METODOLOGÍA	Definición el enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para colectar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: 7 Guías seleccionadas: 1 del período 2005-2008 ó actualizaciones realizadas en este período Revisiones clínicas: 4 Ensayos controlados aleatorizados: 0 Reporte de casos: 0 Validación del protocolo de búsqueda por la División de Excelencia Clínica de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social Adopción de guías de práctica clínica Internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones * Ver Anexo 1
MÉTODO DE VALIDACIÓN	Validación del protocolo de búsqueda Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación Interna: Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica Prueba de Campo: Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica Revisión externa : Academia Mexicana de Cirugía/Academia Nacional de Medicina de México
CONFLICTO DE INTERES	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente Guía de Práctica Clínica
REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN	REGISTRO IMSS-087-08 FECHA DE ACTUALIZACIÓN a partir del registro 2 a 3 años

Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía puede contactar al CENETEC a través del portal: www.cenetec.salud.gob.mx

2. Preguntas a responder por esta Guía

1. ¿Cuál es el mejor método para realizar el diagnóstico de várices esofágicas?
2. ¿Cuáles son las indicaciones y contraindicaciones del uso de betabloqueadores en el paciente con várices esofágicas?
3. ¿Cuál es el manejo de la hemorragia aguda secundaria a várices esofágicas?
4. ¿Cuál es el rol de la ligadura en el manejo del paciente con várices esofágicas?
5. ¿Cuáles son las indicaciones del uso de la somatostatina y/o sus análogos en el manejo de la hemorragia aguda?
6. ¿Hay evidencia que sustente el uso de antibióticos en el sangrado agudo, secundario a várices esofágicas?
7. ¿Hay evidencia de que los tratamientos combinados, son más efectivos para prevenir la recidiva de hemorragia variceal?
8. ¿Hay evidencia suficiente que respalde la eficacia y seguridad del uso de TIPS en el sangrado agudo de várices esofágicas?
9. ¿Existe alguna indicación para procedimientos quirúrgicos en el paciente con várices esofágicas?

3. Aspectos Generales

3.1 Justificación

La elaboración de una GPC para el diagnóstico y manejo de las várices esofágicas se justifica porque:

1) La cirrosis y sus complicaciones, son entidades clínicas frecuentes que ocupan la 6ª o 7ª causa de mortalidad en nuestro país

2) La complicación principal de la cirrosis, es la hemorragia digestiva, habitualmente por várices esofágicas

3) La hemorragia por hipertensión portal (HP) representa un problema de salud con una mortalidad alta

4) A un porcentaje importante de pacientes se les diagnóstica várices esofágicas, hasta que presentan su primer sangrado variceal

5) La labilidad hemodinámica que presenta el paciente ante el sangrado agudo y la importancia de estabilizarlo como primer paso en el manejo

3.2. Objetivo de esta Guía

La Guía de Práctica Clínica "**Diagnóstico y Tratamiento de las Várices Esofágicas,"** forma parte de las Guías que integrarán el **Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica**, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción **Específico de Guías de Práctica Clínica**, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el **Programa Sectorial de Salud 2007-2012**.

La finalidad de este Catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer, segundo y tercer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre el tratamiento del aborto espontáneo y manejo inicial de aborto recurrente. Los objetivos de la presente guía son:

1. Mejorar la calidad de la atención del paciente portador de várices esofágicas, en el segundo y tercer nivel de atención.

2. Promover el uso de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento científico disponible, que puedan aplicarse en la mayoría de las unidades hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención.

3. Eliminar prácticas poco útiles o inadecuadas en la atención del paciente con várices esofágicas.

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.3. Definición

La hipertensión portal se define como un aumento en el gradiente de presión venosa portal y la formación de colaterales porto-sistémicas. El valor normal del gradiente es entre 1 – 5 mmHg, una vez que esta cifra rebasa 10 mm Hg se dice que existe hipertensión portal (Bosh 2008). La hemorragia variceal se presenta en la mayoría de los casos cuando el GPVH es mayor de 12 mm Hg, sin embargo hay un pequeño grupo de pacientes con cifras menores a ésta que también han presentado eventos de sangrado (Lebrec 1992).
La cirrosis y los estadios finales de cualquier enfermedad hepática así como la trombosis de la vena esplénica, pueden llevar a hipertensión portal.
En la circulación hepática, intrahepática específicamente, las alteraciones hemodinámicas se caracterizan por vasoconstricción y una respuesta anómala a la vasodilatación, mientras que en la circulación sistémica, especialmente en el lecho esplácnico, los vasos están congestivos y con un flujo aumentado. Por lo tanto un incremento en las resistencias intrahepáticas asociado a un aumento del flujo venoso portal, mediado a través de la dilatación esplácnica, contribuyen al desarrollo de la hipertensión portal.
La elevación del flujo y la presión transmural de los vasos colaterales secundaria a la hipertensión de la vasculatura portal, conlleva a complicaciones que se observan comúnmente en la hipertensión portal, como son la formación y hemorragia de várices esofágicas. Por otro lado el entender el origen vascular de la hipertensión portal, ha dado origen a la terapia actual con medicamentos que revierten estas alteraciones hemodinámicas: nitratos que reducen la presión portal a través de vasodilatación intrahepática directa, betabloqueadores y otros medicamentos que reducen la vasodilatación esplácnica y el flujo venosos portal (Montaño - Loza 2005).
Las várices esofágicas se presentan aproximadamente en el 50 % de los pacientes con cirrosis y su frecuencia se relaciona con varios factores como la severidad de la enfermedad o reserva hepática: 40% en pacientes con Child A y 85% con Child C (ver tabla 1).
La hemorragia secundaria a la ruptura de las várices, es la complicación letal más común de la cirrosis y se presenta con una frecuencia de 5 a 10% al año, identificándose a la tensión de la pared, características morfológicas de la várice así como al grado de insuficiencia hepática (ver anexo 3, tabla 1), como los factores predictores más importantes (Consenso, Hepatology 2005).
El sangrado puede cesar en forma espontánea en aproximadamente el 40% de los pacientes. A pesar de los avances en la última década para su tratamiento, se asocia con una mortalidad a las 6 semanas, de al menos 20% (GPC 2007).

4. Evidencias y Recomendaciones

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación	**Nivel / Grado**
E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud	2++ (GIB, 2007)

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

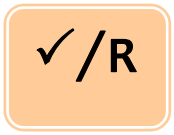
Evidencia / Recomendación	**Nivel / Grado**
E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	Ia [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 6.2.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía

Evidencia

Recomendación



Punto Buena práctica

4.1 Prevención Primaria

4.1.1 Promoción de la salud

4.1.1.1 Estilos de Vida

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
	La abstinencia de la ingesta de bebidas alcohólicas ha demostrado que disminuye la incidencia de complicaciones y el grado de hipertensión portal, prolongando la sobrevida	**III (Shekelle)** *Revisión: El manejo moderno de la hipertensión portal, Alimentary Pharmacology 2008*
	Todo paciente con hipertensión portal asociada o no a cirrosis hepática debe suspender por completo la ingesta de alcohol	**C**

4.2 Prevención Secundaria

4.2.1 Prevención de primer evento y recurrencia de sangrado Variceal

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Los factores de riesgo para presentar un evento de sangrado variceal son: mala reserva hepática, ingesta de alcohol y características morfológicas de las várices	**Clase I** *GPC AASLD 2007*
R	En todo paciente con várices esofágicas se debe suspender la ingesta de alcohol y realizar la evaluación endoscópica basal* de las características de las várices *(Si no existe contraindicación, ver anexo 6.3, tabla 3)	**Nivel A**
E	Los pacientes con un gradiente de presión venosa hepática (GPVH) mayor de 12 mmHg, tienen mayor riesgo de presentar sangrado variceal	**Clase I** *GPC AASLD 2007*
R	Se debe mantener un GPVH menor a 12 mmHg o una reducción del 20% de la GPVH basal, mediante tratamiento farmacológico	**Nivel A**
E	Los pacientes con un GPVH >20 mm de Hg, medido dentro de las primeras 24 horas posterior a una hemorragia variceal, tienen un riesgo mayor de sangrado recurrente temprano (en una semana) y una mortalidad mayor a un año (64% vs 20%)	**Clase I** *GPC AASLD 2007*
R	Todo paciente con episodio de hemorragia aguda debe recibir tratamiento farmacológico (somatostatina y/o análogos) dentro de las primeras 24 horas para disminuir el riesgo de un nuevo sangrado	**Nivel A**

4.3 Diagnóstico

4.3.1 Diagnóstico clínico (Ver algoritmo 1)

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
✓/R	No hay datos clínicos característicos de várices esofágicas, su diagnóstico se realiza a través de endoscopia	**Punto de Buena Práctica**

4.3.2 Pruebas de detección Específica

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Las várices esofágicas están presentes en 50% de los pacientes con cirrosis	**Clase II a** *GPC AASLD 2007*
E	EL 40% de los pacientes con cirrosis hepática clasificación Child A, presentan várices esofágicas	**Class IIa** *GPC AASLD 2007*
E	Las várices esofágicas están presentes en un 85% de los pacientes con cirrosis hepática clasificación Child C	**Clase II a** *GPC AASLD 2007*
R	Se recomienda realizar la endoscopia gastroduodenal, para realizar el diagnóstico de várices esofágicas y gástricas; cuando se establece el diagnóstico de hipertensión portal de cualquier etiología	**Nivel C**
E	El estándar de oro para el diagnóstico de várices esofágicas es la esofago- gastroduodenoscopia (EGD)	**Clase II a** *GPC AASLD 2007*

E	Se desconoce con exactitud el valor predictivo de otras pruebas (fibrotest, tamaño del bazo, diámetro de la vena porta y la elastografía) para el diagnóstico de várices esofágicas	**Clase II a** *GPC AASLD 2007*
E	Hasta el momento no hay evidencia de que los métodos indirectos de diagnóstico de várices esofágicas superen a la endoscopia	**Clase II a** *GPC AASLD 2007*
R	Para establecer el diagnóstico de várices esofágicas se recomienda como primera elección la endoscopia	**Nivel A**
E	El tamaño y características de las várices observadas a través de la endoscopia, son factores predictores de hemorragia variceal	**Clase II a** *GPC AASLD 2007*
R	Al realizar la EGD, las várices deberán ser clasificadas en pequeñas o grandes y se deberá buscar la presencia o ausencia de signos de riesgo para presentar sangrado (ver anexo 6.3, tabla 2)	**Nivel B**

4.3.2.1 Pruebas Diagnósticas

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	El riesgo de sangrado se relaciona en forma directa con el grado de insuficiencia hepática	**Clase II a** *GPC AASLD 2007*
R	A todo paciente con várices esofágicas, deberá practicarse estudios bioquímicos complementarios para determinar el grado de insuficiencia hepática (Clasificación de Child Pugh)	**Nivel B**
✓/R	Una vez diagnosticada la presencia de várices	**Punto de Buena Práctica**

esofágicas, los estudios se deberán realizar de forma periódica (cada 6 a 12 meses o de acuerdo a la evolución del paciente): biometría hemática completa, pruebas de funcionamiento hepático, albumina, química sanguínea y tiempos de coagulación

E	La medición GPVH al realizar el diagnostico de várices esofágicas, es útil para establecer el pronóstico de la enfermedad y las mediciones secuenciales ayudan en la evaluación de respuesta al tratamiento farmacológico y progresión de la enfermedad	**Clase II a** *GPC AASLD 2007*
✓/R	En caso de contar con el recurso, a todo paciente con diagnóstico de várices esofágicas se le debe realizar por lo menos una medición basal de GPVH, que nos permitirá establecer el pronóstico de la enfermedad. Sí, es posible, realizar una segunda medición que nos ayudara a identificar a los pacientes con o sin respuesta al tratamiento	**Punto de Buena Práctica**

4.4 Tratamiento

4.4.1Tratamiento Farmacológico y Endoscópico (Ver algoritmos 2, 3 y 4)

4.4.2 Pacientes con cirrosis, sin várices

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
E	El uso de betabloqueadores no selectivos, no previene la formación de várices esofágicas, en pacientes que no las han desarrollado y que tienen GPVH > 5 mm.	**Clase I** *GPC AASLD 2007*
E	Aproximadamente el 48% de los pacientes con tratamiento con beta bloqueadores no selectivos, presentan efectos adversos moderados a severos	**Clase I** *GPC AASLD 2007*
R	En pacientes con cirrosis y sin várices, no se recomienda el uso de beta bloqueadores	**Nivel B**

4.4.3 Pacientes con cirrosis y várices pequeñas

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	El uso de betabloqueador no selectivo, en pacientes con várices pequeñas, redujo la presencia de la primera hemorragia	**Clase II a** *GPC AASLD 2007*
E	El uso de beta bloqueador no selectivo en pacientes con várices pequeñas, para prevenir su crecimiento, muestra resultados contradictorios	**Clase II a** *GPC AASLD 2007*
R	En pacientes con cirrosis y várices pequeñas que no han sangrado, pero que tienen criterios para un mayor riesgo de hemorragia (Child B/C o presencia de estigmas de sangrado), iniciar tratamiento con beta bloqueadores no selectivos, para prevenir la primera hemorragia variceal	**Nivel B**
R	En pacientes con cirrosis y várices pequeñas que no han sangrado y que no tienen criterios para un riesgo aumentado de sangrado, se puede iniciar tratamiento con beta bloqueador, aunque sus beneficios a largo plazo no se han establecido	**Nivel B**

4.4.4 Pacientes con cirrosis y várices grandes que no han sangrado. Prevención primaria de hemorragia

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	El uso de betabloqueador no selectivo, disminuye en forma significativa el riesgo de sangrado variceal en pacientes con várices grandes	**Clase I** *GPC AASLD 2007*
E	El uso de betabloqueador no selectivo, es más costo-efectivo que la escleroterapia y la cirugía de derivación para prevenir el sangrado variceal	**Clase I** *GPC AASLD 2007*

E	La reducción de la frecuencia cardiaca, no correlaciona con la reducción del GPVH	**No especificada** *GPC AASLD 2007*
R	En pacientes con várices grandes que no han sangrado pero que tienen riesgo alto de hemorragia (Child B/C o marcas rojas), se recomienda el uso de beta bloqueador no selectivo (propranolol ó nadolol) para la prevención de la primera hemorragia variceal	**Nivel A**
R	Usar los beta bloqueadores no selectivos ajustando la dosis a su tolerancia máxima: _Propranolol: iniciar con 20 mg dos veces al día ó _Nadolol: iniciar con 40 mg una vez al día Ajustar dosis de acuerdo a la respuesta del paciente	**Nivel A**
E	Hay recurrencia del riesgo de sangrado cuando se suspende el tratamiento con beta bloqueador	**Clase II b** *GPC AASLD 2007*
R	El tratamiento profiláctico con beta bloqueador no selectivo, debe darse en forma indefinida	**Nivel B**
E	Se ha comprobado que la ligadura variceal es un método efectivo para el manejo de várices grandes con estigmas y riesgo de sangrado, en pacientes con intolerancia a beta bloqueador no selectivo	**Clase I a (Shekelle)** *Bosh y cols. Hepatology 2008*
R	En pacientes con várices grandes que no han sangrado pero que tienen riesgo alto de hemorragia (Child B/C o marcas rojas) e intolerancia a betabloqueador no selectivo, se recomienda el uso de ligadura de la várice (LVE), para la prevención de la primera hemorragia variceal	**Nivel A** *Bosh y cols. Hepatology 2008*
R	En pacientes con várices esofágicas que no han sangrado y con bajo riesgo de hemorragia (Child A y no signos inminentes de sangrado) deberá preferirse el uso de beta bloqueadores no selectivos a la LVE	**Nivel A** *Bosh y cols. Hepatology 2008*

R	Sí un paciente es tratado con LVE, ésta se deberá repetir cada 1 a 2 semanas hasta la obliteración de las várices con riesgo de sangrado, la vigilancia deberá realizarse con esafogastroduodenoscopia 1 a 3 meses después de la obliteración y posteriormente cada 6 a 12 meses para evaluar la recurrencia de várices	**Nivel B** *Bosh y cols. Hepatology 2008*
E	No se ha podido comprobar que la combinación de beta bloqueadores y mononitrato de isosorbida tengan un efecto sinérgico para disminuir la presión portal y su combinación da un mayor número de efectos secundarios	**Clase I** *GPC AASLD 2007*
R	No se recomienda el uso de la combinación de beta bloqueadores y mononitrato de isosorbida, para la prevención primaria de la hemorragia	**Nivel A**
E	No se ha comprobado que agregar espironolactona al uso de nadolol, aumente la eficacia de nadolol sólo; en la prevención de la hemorragia	**Clase I** *GPC AASLD 2007*
R	No se recomienda el uso de la combinación de nadolol y espironolactona para la prevención primaria de la hemorragia	**Nivel A**
E	La combinación de un betabloqueador no especifico con la ligadura endoscópica de várices, para prevenir el primer sangrado variceal, no ha demostrado diferencias en la incidencia de sangrado o muerte	**Clase I** *GPC AASLD 2007*
R	No se recomienda la combinación de un betabloqueador no selectivo, con la ligadura endoscópica de várices para prevenir el primer sangrado variceal	**Nivel A**
E	La cirugía de derivación es muy efectiva para prevenir la primera hemorragia variceal, pero se acompaña de un aumento en la frecuencia de encefalopatía y muerte	**Clase I** *GPC AASLD 2007*

R	La cirugía de derivación no debe ser usada en la prevención primaria de hemorragia variceal	**Nivel A**
E	El uso de escleroterapia por endoscopia mostró una mayor tasa de mortalidad cuando se comparó con un grupo control en donde se simulo el procedimiento	**Clase I** *GPC AASLD 2007*
R	No se recomienda el uso de escleroterapia para la prevención primaria de hemorragia variceal	**Nivel A**

4.4.5 Pacientes con várices gástricas

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Las várices gástricas que se continúan de la unión esofagogástrica hacia cualquiera de las curvaturas, se consideran en su mayoría como una extensión de las encontradas en el esófago	**II b** *GPC AASLD 2007*
R	Las várices gástricas que son una continuación de las dilataciones venosas del esófago, deben tratarse igual que las várices esofágicas	**Nivel B**
E	El uso de adhesivos tisulares como el N-butil-cianoacrilato es más efectivo, que la escleroterapia o ligadura endoscópica; para el control del sangrado agudo de várices del fondo gástrico así como para disminuir la frecuencia de re sangrado	**Clase I** *GPC AASLD 2007*
R	En pacientes con várices del fondo gástrico y sangrado agudo, el tratamiento de elección es el cianocrilato, en caso de contar con él. El tratamiento de segunda elección es la ligadura y en caso de no contar con estos métodos, aun se sigue aceptando mundialmente el uso de la sonda de balones de Sengstaken Blakemore, para el manejo de sangrado agudo en pacientes que se conocen con várices gástricas	**Nivel B**

R	Se debe considerar el uso de TIPS, en pacientes con hemorragia de várices del fondo gástrico que no puede ser controlado o en quienes el sangrado recurre a pesar del tratamiento combinado (farmacológico y endoscópico)	**Nivel B**

4.4.6 Pacientes con Cirrosis y un Episodio Agudo de Hemorragia Variceal. Medidas Generales

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
R	Ante la sospecha de hemorragia aguda por várices se sugiere ingresar al paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)	**Nivel C** *GPC AASLD 2007*
E	El uso del factor VIIa y VIIa recombinante no mostró un efecto benéfico sobre el tratamiento estándar	**I b (Shekelle)** *Bosh y cols. Hepatology 2008*
R	No existe la evidencia suficiente, para recomendar el uso del factor VIIa y VIIa recombinante	**Nivel B**
E	Los pacientes con cirrosis (Child B y C) y sangrado del tracto gastrointestinal alto, tienen un riesgo elevado de desarrollar infecciones bacterianas severas (peritonitis bacteriana espontánea y otras infecciones) que se asocian con una recurrencia temprana de hemorragia variceal	**Clase I** *GPC AASLD 2007*
R	El uso de antibióticos profilácticos por corto tiempo (5 a 7 días) en pacientes con cirrosis y hemorragia gastrointestinal con o sin ascitis, disminuye la frecuencia de infecciones bacterianas y aumenta la sobrevida	**Nivel A**

R	El esquema de antibiótico recomendado es norfloxacina o ciprofloxacino oral o IV 400 mg dos veces al día por 7 días En sospecha de resistencia a quinolonas, usar ceftriaxona 1 gr IV al día por 7 días	**Nivel A**

4.4.7 Tratamiento específico para el control de hemorragia aguda y prevenir su recurrencia temprana

4.4.7.1 Medidas generales

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
E	El manejo inicial del paciente con sangrado variceal, se basa en los principios de reanimación básica como son: el manejo de la vía aérea, restitución cuidadosa de volumen para evitar la fuga de líquido al tercer espacio (ascitis, derrame pulmonar, etc.)	**Clase I** *GPC AASLD 2007*
R	En el evento de un sangrado variceal agudo es prioritario el manejo de la vía aérea, aspiración de secreciones, intubación oro- traqueal electiva o de urgencia, reposición de volumen a través de vías periféricas y monitoreo continuo	**Nivel A**
E	Se ha demostrado en los últimos estudios que una resucitación excesiva, incrementa la presión portal por arriba de los niveles basales, resultando en mayor riesgo de re-sangrado y mortalidad	**Clase II a** *GPC AASLD 2007*
R	Se debe evitar la resucitación vigorosa con solución salina, dada la posibilidad de precipitar una recurrencia de la hemorragia o acumulación de ascitis o líquido en otros sitios extravasculares	**Nivel C**
R	El uso de soluciones cristaloides para reposición de volumen debe efectuarse bajo monitoreo hemodinámico continúo	**Nivel B**
R	La reposición de SANGRE debe efectuarse de forma rápida pero con cuidado con el objetivo de mantener estabilidad hemodinámica y una hemoglobina aproximada de 8gr/dl. El uso de plasma fresco y plaquetas está reservado a grupos especiales de pacientes: aquellos con coagulopatía	**Nivel B**

y/o trombocitopenia

E	La presencia de sangrado agudo variceal en pacientes cirróticos puede desencadenar cuadros de encefalopatía hepática	**Clase II b (Shekelle)** *Bosh y cols. Hepatology 2008*
E	Hasta el momento no hay estudios que evalúen el uso de lactulosa o lactosa como fármacos preventivos para encefalopatía hepática	**Clase IIb (Shekelle)** *Bosh y cols. Hepatology 2008*
R	Se recomienda dar tratamiento con lactosa o lactulosa, en pacientes cirróticos con sangrado agudo variceal	**Nivel D**

4.4.8 Uso de somatostatina y/o sus análogos

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
E	El tratamiento farmacológico intravenoso inmediato ante la sospecha de hemorragia aguda de várices esofágicas, muestra una eficacia similar a la del uso de la escleroterapia	**Clase I** *GPC AASLD 2007*
R	La terapia farmacológica debe ser considerada como el tratamiento de primera línea en el sangrado variceal	**Nivel A**
R	El uso del fármacos como somatostatina o sus análogos octreotide, vaproetide o terlipresina deben ser administrados durante 3 a 5 días, posterior a la confirmación del diagnóstico de sangrado	**Nivel A**
E	El octreotide es un fármaco con vida media mayor que la somatostatina, sin embargo el tiempo de acción no es mayor	**Clase I** *GPC AASLD 2007*

R	Se recomienda usar el octreotide con una dosis inicial en bolo de 50 microgramos seguido de una infusión de 25 a 50 microgramos/hr durante los días ya mencionados	**Nivel B**
E	El octreotide ha sido evaluado como terapia única en el caso de sangrado variceal no demostrando mayor eficacia, que otros métodos de tratamiento, sin embargo al combinarse con escleroterapia o ligadura variceal, se observa una mejoría en la prevención de un evento de re sangrado pero sin mejoría en la sobrevida	**Clase I a (Shekelle)** *Bosh y cols. Hepatology 2008*
R	Puede utilizarse el octreotide en forma combinada con escleroterapia o ligadura variceal para prevenir un evento de re-sangrado	**Nivel B**
E	La terlipresina es el único derivado de la somatostatina que se ha comparado con placebo y ha mostrado tener un efecto favorable en el pronóstico del paciente con sangrado variceal, considerándose igual de efectivo que el tratamiento con escleroterapia	**Clase I b (Shekelle)** *Bosh y cols. Hepatology 2008*
E	La eficacia de terlipresina para controlar el sangrado agudo a las 48 hrs de inicio es del 75-80% y de 65% a los 5 días	**Clase II a (Shekelle)** *Bosh y cols. Hepatology 2008*
E	La terlipresina también es utilizada para el síndrome hepato-renal por lo que se cree que pueda prevenir la falla renal	**Clase II b (Shekelle)** *Bosh y cols. Hepatology 2008*
E	La terlipresina es un fármaco derivado de la vasopresina con menos efectos secundarios y menor costo	**Clase IIa (Shekelle)** *Bosh y cols. Hepatology 2008*
R	La terlipresina, es el medicamento de elección, para el manejo del sangrado agudo: La dosis inicial es un bolo de 2 mg IV seguido por 1-2 mg cada 4 hrs IV durante 48 hrs , se puede continuar hasta 5 días a una dosis de 1 mg cada 4 hrs IV.	**Nivel B**

R	Los efectos secundarios reportados con terlilpresina son dolor abdominal e isquemia periférica y/o cardiaca hasta en el 3% de los casos por lo que al usarse se sugiere realizar electrocardiograma basal de todos estos pacientes	**Nivel C**

4.4.9 Manejo endoscópico y combinado de la hemorragia aguda

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
E	La esofagogastroduodenoscopia en las primeras 12 horas de iniciado el sangrado agudo, para su tratamiento endoscópico, tiene una tasa de éxito del 80 al 90 % y disminuye la reincidencia temprana del sangrado	**Clase I b** *ASGE 2000*
R	Una vez que el paciente se encuentre en condiciones hemodinámicas adecuadas, se debe realizar el estudio endoscópico alto para ofrecer tratamiento ya sea mediante ligadura o escleroterapia	**Nivel A**
R	En caso de no contar con el servicio de endoscopia al momento de ingreso del paciente se puede utilizar la sonda de balones, Sengstaken-Blakemore, que logra detener la hemorragia de forma temporal hasta en un 60% de los casos, pero no debe dejarse colocada por más de 12 -24 hrs., ya que se considera un puente terapéutico en lo que se lleva a cabo el tratamiento endoscópico	**Nivel A**
E	La combinación de terapia farmacológica intravenosa y ligadura variceal mejora el control inicial del sangrado y hemostasia durante los primeros 5 días. Actualmente se considera el tratamiento más apropiado de sangrado variceal agudo	**Clase I** *GPC AASLD 2007*
E	Tanto la ligadura variceal como la escleroterapia son métodos endoscópicos eficaces para el manejo del sangrado variceal	**Clase IIa (Shekelle)** *Bosh y cols. Hepatology 2008*

E	Un meta análisis demostró que la ligadura variceal en el sangrado agudo es más efectivo que la escleroterapia, se asocia a menos efectos secundarios y mejora la mortalidad	**Clase I** *GPC AASLD 2007*
R	En el manejo del sangrado agudo, utilice la combinación de terapia farmacológica intravenosa (análogos de somatostatina) y ligadura variceal	**Nivel A**
E	El uso de betabloqueador, durante el evento de sangrado agudo, disminuye la presión sanguínea y pueden precipitar un incremento en la frecuencia cardiaca asociada a un mayor riesgo de sangrado.	**Clase I** *GPC AASLD 2007*
R	Los betabloqueadores NO deben ser usados en los cuadros de sangrado agudo.	**Nivel A**

4.4.10 Manejo quirúrgico de la hemorragia aguda

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
E	Dentro de las terapias de rescate o alternativas de tratamiento para el paciente con riesgo alto de re-sangrado, tenemos la realización de TIPS o derivaciones quirúrgicas	**Clase Ib (Shekelle)** *Bosh y cols. Hepatology 2008*
E	TIPS es muy eficaz (90%) en la prevención de re-sangrado variceal, pero incrementa el riesgo de encefalopatía hepática, no mejora la sobrevida y su costo es elevado	**Clase Ib (Shekelle)** *Bosh y cols. Hepatology 2008*
R	La colocación de TIPS no debe ser considerado una alternativa terapéutica para pacientes que responden al tratamiento convencional, solo debe ser utilizado como un tratamiento de rescate en el paciente que no responde a la terapia, o en el paciente candidato a trasplante a corto plazo	**Nivel A**

4.4.11 Prevención de recurrencia de sangrado

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
E	Los pacientes que sobreviven un episodio de hemorragia aguda tienen un riesgo de re-sangrado del 60 % y una mortalidad de 33 % en los siguientes dos años, si no reciben tratamiento	**Clase IIa** *GPC AASLD 2007*
R	Iniciar tratamiento preventivo para re- sangrado en las primeras 24 horas de control del sangrado: Pacientes con TIPS referirlos al centro de trasplante	**Nivel C**
E	Los betabloqueadores no selectivos y la escleroterapia reducen la incidencia de re-sangrado en aproximadamente 42 a 43 %.	**Clase IIa** *GPC AASLD 2007*
E	La escleroterapia tiene una mayor frecuencia de efectos secundarios y un 40% de probabilidad de recurrencia de las várices	**Clase IIa** *GPC AASLD 2007*
R	Se consideran mejores opciones de tratamiento el farmacológico y la ligadura endoscópica.	**Nivel B**
E	Aproximadamente un 20% de los pacientes con várices esofágicas presentan contraindicaciones para el tratamiento con betabloqueador, por lo que deberán considerarse opciones terapéuticas por endoscopia como de primera elección	**Clase IIb** *GPC AASLD 2007*
R	Aquellos pacientes que no toleren o no respondan al tratamiento con beta bloqueador, deberán ser sometidos a estudio endoscópico con valoración de ligadura variceal como de primera elección	**Nivel A**

E	El tratamiento combinado de ligadura variceal más betabloqueadores no selectivos es más efectivo que cualquiera de los dos tratamientos solos	**Clase I** *GPC AASLD 2007*
R	El tratamiento combinado (beta bloqueador y ligadura de várices), es la mejor opción para la prevención secundaria de hemorragia variceal	**Nivel A**

4.5 Criterios de referencia y Contrarreferencia

4.5.1 Criterios técnico médicos de Referencia

4.5.2 Referencia al segundo nivel de Atención

4.5.3 Referencia al tercer nivel de Atención

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
✓/R	Todo paciente con diagnóstico de cirrosis hepática debe enviarse a estudio de endoscopia al momento del diagnóstico, como parte del protocolo de estudio en búsqueda de várices esofágicas	**Punto de Buena Práctica**
✓/R	De acuerdo a los hallazgos endoscópicos deberá ser re-enviado al servicio de endoscopia para llevar a cabo tratamiento con ligadura/escleroterapia o vigilancia según el criterio médico	**Punto de Buena Práctica**
✓/R	Se debe realizar un estudio endoscópico alto al momento en el que existe evidencia macro/microscópica de evento de sangrado en el paciente cirrótico, sobre todo si existe antecedente de várices esofágicas	**Punto de Buena Práctica**
✓/R	En el caso de pacientes con re-sangrado de difícil control y/o criterios para terapia endoscópica de alta especialidad, deberán ser enviados a tercer nivel de atención para ofrecer terapéutica derivativa, endoscópica o quirúrgica, inclusive trasplante hepático, de acuerdo a la infraestructura de cada hospital	**Punto de Buena Práctica**

4.6 Criterios técnico médicos de Contrarreferencia

4.6.1 Contrarreferencia al segundo nivel de Atención

4.6.2 Contrarreferencia al primer nivel de Atención

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
✓/R	Pacientes que hayan recibido tratamiento y se mantengan estables, pueden continuar manejo en primer nivel, con indicaciones específicas dadas en segundo y tercer nivel de atención	**Punto de buena Práctica**

4.7 Vigilancia y Seguimiento

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	El diagnóstico de várices esofágicas a través de la endoscopia, permite identificar y clasificar a los pacientes para iniciar tratamiento preventivo del sangrado	**Clase IIa** *GPC AASLD 2007*
R	A todo paciente con diagnóstico de cirrosis hepática compensada o descompensada se le deberá realizar estudio de endoscopia alta para identificar y clasificar la presencia de várices esofágicas	**Nivel C**
E	La hemorragia variceal se presenta con una tasa anual del 5 al 15% y el predictor más importante de la hemorragia es el tamaño de la várice y grado de descompensación de la cirrosis	**Clase IIa** *GPC AASLD 2007*
R	En los pacientes que no tienen várices y la cirrosis se encuentra compensada la endoscopia gastrointestinal alta se debe repetir en un lapso de dos a tres años	**Nivel C**
R	En los pacientes que no tienen várices y la cirrosis se encuentra descompensada la endoscopia gastrointestinal alta se debe repetir a intervalos anuales	**Nivel C**

R	De acuerdo a las características endoscópicas de las várices y el grado de insuficiencia hepática, se deberá realizar ligadura (ver algoritmo 4)	**Nivel C**
R	En el paciente que ha presentado sangrado y fue tratado con ligadura de las várices, ésta se deberá repetir cada 1 a 2 semanas hasta la obliteración de las várices con riesgo de sangrado, la vigilancia deberá realizarse con estudio endoscópico en 1 a 3 meses después de la obliteración y posteriormente cada 6 a 12 meses para evaluar la recurrencia de várices	**Nivel C**

4.8 Tiempo estimado de recuperación y días de incapacidad cuando Proceda

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
✓/R	En el paciente portador de várices esofágicas no se puede establecer el tiempo estimado de recuperación, debido a que se trata de un padecimiento crónico multifactorial y progresivo	**Punto de Buena Práctica**
✓/R	El paciente con várices pequeñas sin descompensación hepática no debe ser considerado improductivo o con limitante de sus actividades laborales	**Punto de Buena Práctica**
✓/R	El paciente con várices pequeñas y descompensación hepática requiere incapacidad de 1 a 7 días. Lo anterior sujeto al criterio médico, ya que la recuperación del paciente a un estado de función hepática es variable. Una vez recuperado el paciente puede regresar a laborar	**Punto de Buena Práctica**
✓/R	El paciente con várices grandes sin descompensación hepática ya incluido en el protocolo de tratamiento, por lo general no amerita incapacidad. Sujeto a criterio médico	**Punto de Buena Práctica**

✓/R	El paciente con hemorragia aguda requiere de incapacidad indefinida dependiente de la recuperación del paciente. Sujeto a criterio médico	**Punto de Buena Práctica**
✓/R	En el paciente con várices grandes con descompensación hepática de difícil control, se debe considerar el trámite de pensión parcial permanente	**Punto de Buena Práctica**

6. Anexos

6.1 Protocolo de búsqueda

Se formularon preguntas clínicas concretas y estructuradas según el esquema paciente-intervención-comparación-resultado (PICO) sobre diagnóstico y tratamiento de las várices esofágicas

Se estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica (GPC), a partir de las preguntas clínicas formuladas sobre diagnóstico y tratamiento de las várices esofágicas, en las siguientes bases de datos: Fisterra, Guidelines Internacional Networks, Practice Guideline, National Guideline Clearinghouse, New Zealand Clinical Guidelines Group, Primary Care Clinical Practice Guidelines y Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

El grupo de trabajo selecciono las guías de práctica clínica con los siguientes criterios:

- Idioma inglés y español
- Metodología de medicina basada en la evidencia
- Consistencia y claridad en las recomendaciones
- Publicación reciente
- Libre acceso

Se encontró 1 guía, misma que fue seleccionada:

AASLD Practice Guidelines. Prevention and Management of Gastroesophageal Várices and Variceal Hemorrhage in Cirrhosis. Hepatology, September 2007; 46 (3): 922 – 938.

De esta guía se tomó gran parte de las recomendaciones. Para las recomendaciones no incluidas en las guías de referencia el proceso de búsqueda se llevó a cabo en Pubmed y Cochrane Library Plus utilizando los términos y palabras claves: gastroesophageal várices and management y/o treatment; várices esofágicas y/o manejo o tratamiento

La búsqueda se limitó a revisiones sistemáticas, meta-análisis y ensayos clínicos controlados en idioma inglés y español, publicados a partir del 2005.

Sin embargo, ninguna información de las referencias más actualizadas fue necesario incluir para cambiar algunas de las recomendaciones de las versiones actuales de la guía.
En caso de controversia de la información y resultados reportados en los estudios, las diferencias se discutieron en consenso y se empleó el formato de juicio razonado para la formulación de recomendaciones. Se marcaron con el signo √ y recibieron la consideración de práctica recomendada u opinión basada en la experiencia clínica y alcanzada mediante consenso.

6.2. Sistemas de clasificación de la evidencia y fuerza de la recomendación

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster en Canadá. En palabras de Sackett, "la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales" (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero et al, 1996)

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006)

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R et al, 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se describe la escala de evidencia, para las referencias utilizadas en esta guía y de la GPC utilizada como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

Se utilizó la Escala de Shkelle modificada para clasificar la evidencia y recomendaciones, de la bibliografía adicional a la guía utilizada.

Cuadro I. Escala Utilizada por la GPC de AASLD

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a III y las letras a y b. En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la "A" a la "C".

Clasificación	**Descripción**
Clase I	Condiciones para las que existe evidencia y/o acuerdo general de que una evaluación diagnóstica, procedimiento o tratamiento es de beneficio, útil y efectivo.
Clase IIa	Condiciones para las que existe evidencia conflictiva y/o diferentes opiniones acerca de la utilidad / eficacia de una evaluación diagnostica, procedimiento o tratamiento.
Clase IIb	El peso de la evidencia / opinión está a favor de que existe utilidad / eficacia
Clase III	Condiciones para las que existe evidencia y/o acuerdo general de que una evaluación diagnóstica, procedimiento o tratamiento no es útil y efectivo y en algunos casos puede ser dañino.
Nivel de Evidencia	**Descripción**
Nivel A	Datos derivados de varios ensayos clínicos aleatorizados ó metaanálisis
Nivel B	Datos derivados de un sólo ensayo clínicos aleatorizado o estudios no aleatorizados
Nivel C	Sólo consenso de opinión de expertos, estudios de casos o del cuidado estándar

Cuadro II. Escala Modificada de Shekelle y Colaboradores

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	**Fuerza de la recomendación**
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	**A.** Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorios	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	**B.** Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	**C.** Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	**D.** Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

6.3. Clasificación o escalas de la Enfermedad

Tabla 1 Clasificación de Child Pugh de la Severidad de la Cirrosis.

Datos presentes	Puntuación*		
	1	2	3
Encefalopatía	Ninguno	Grado 1 - 2 (precipitada /inducida)	Grado 3- 4 (crónica)
Ascitis	Ninguno	Leve/Moderado (respuesta a diurético)	A tensión (Refractario a diurético)
Bilirrubina (mg/dl)	<2	2 - 3	>3
Albumina (g/dl)	>3.5	2.3 – 3.5	<2.8
Tiempo de Protrombina	<4	4 - 6	>6

*5 a 6 puntos = Child A, 7 a 9 puntos = Child B 10 a 15 puntos = Child C

Fuente: Guía de referencia

Tabla 2. Características morfológicas de las várices esofágicas y signos inminentes de sangrado.

a. Tamaño de la várice y su localización.
b. Apariencia de las várices en la endoscopia ("signo de sangrado inminente").
c. Marcas rojas (rayas rojas longitudinales en las várices).
d. Puntos "cereza-rojos" de los puntos (rojo, discreto, plano en las várices).
e. Puntos de hematoquistes.
f. Eritema difuso.

Fuente: Guía de referencia

Tabla 3. Contraindicaciones para la realización de la endoscopia.

Absolutas	Relativas
Estado de choque	Aneurisma de aorta torácica
Disnea severa y/o hipoxemia	Divertículo de Zenker
Crisis convulsivas no controladas	Trombocitopenia < 30 000
Sospecha de abdomen agudo	INR > 3*
Perforación abdominal	Cirugía digestiva reciente (primeros 15 días)
Falta de cooperación del paciente	Embarazo de alto riesgo avanzado
No contar con sedación	Infarto agudo del miocardio reciente (primera semana)
Sí el riesgo del procedimiento excede al beneficio	

*Cociente internacional normalizado, que corresponde al cociente: tiempo de protrombina del paciente/tiempo de protrombina normal

Fuente: ASGE. Appropriate use of gastrointestinal endoscopy. Gastrointest Endosc 2000. 52:831-837
J.L. Vázquez Iglesias. Endoscopia Digestiva Diagnóstica y Terapéutica Ed. Medica Panamericana 2008

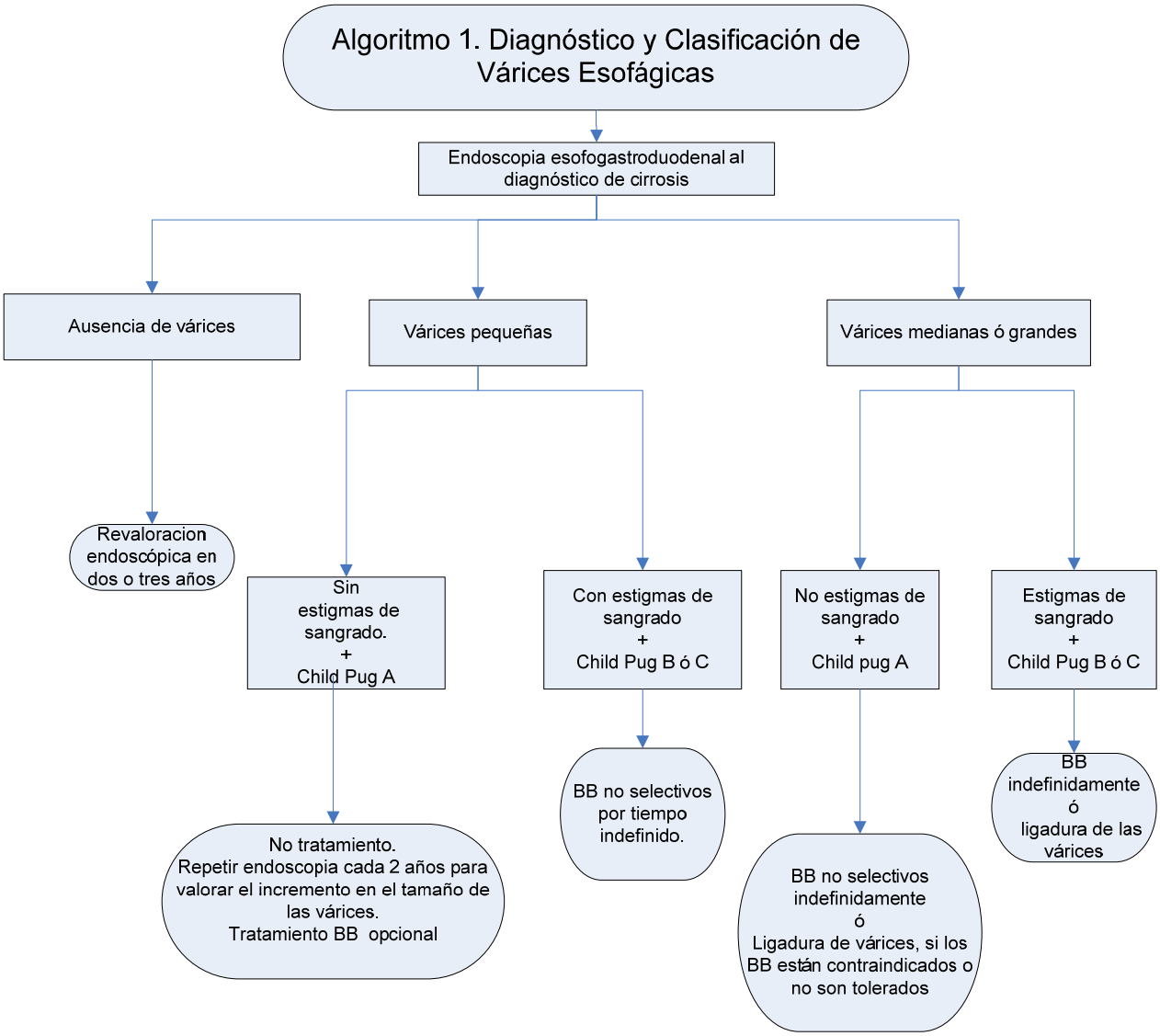
6.4. Medicamentos

Cuadro IV. Medicamentos indicados en el tratamiento de várices esofágicas

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
530	Propranolol	20 mg cada 12 horas	Tabletas de 40 mg, envase con 30 tabletas	Indefinido	Bradicardia, hipotensión, estreñimiento, fatiga, depresión, insomnio, hipoglucemia, bronco espasmo hipersensibilidad. La supresión brusca del medicamento puede ocasionar angina de pecho o infarto del miocardio.	Aumenta la bradicardia con anestésicos, digitálicos o antiarrítmicos. Con anticolinérgicos se antagoniza la bradicardia. Los antiinflamatorios no esteroideos bloquean el efecto hipotensor. Aumenta el efecto relajante muscular de pancuronio y vecuronio.	Insuficiencia cardiaca, asma, retardo de la conducción aurículo ventricular, bradicardia, diabetes, síndrome de Reynaud, hipoglucemia.
5181	Octreotide	Dosis inicial: 50 microgramos en bolo IV Dosis de mantenimiento: infusión continua de 25 a 50 microgramos por hora	Frasco ámpula con 1 mg Envase con un frasco de 5 ml	De 2 a 5 días	Dolor, parestesias, enrojecimiento y tumefacción en el sitio de aplicación. Anorexia, náusea, vómito, dolor abdominal, diarrea, esteatorrea, hipoglucemia o hiperglucemia	Hipersensibilidad Precaución de Uso en pacientes diabéticos	Puede disminuir la concentración plasmática de ciclosporina y dar lugar a rechazo del trasplante.
5191	Terlipresina	Dosis inicial: 2 mg IV cada 4 horas Mantenimiento: disminuir a 1 mg cada 4 horas una vez que la hemorragia se controla	Frasco ámpula con liofilizado que contiene 1.0 mg, equivalente a 0.86 mg de terlipresina y una ámpula de 5 ml con diluyente	1 a 5 días	Isquemia periférica y miocardica en el 3 % de los casos. Se debe realizar electrocardiograma al iniciar su uso. Dolor abdominal, cefalea, palidez transitoria e incremento de la presión sanguínea	Ninguna	Hipersensibilidad
4255	Ciprofloxacino	400 mg cada 12 horas	Frasco ámpula 200 mg en 100 ml	7 días	Irritación gastrointestinal		Embarazo, niños menores de 12 años y epilepsia

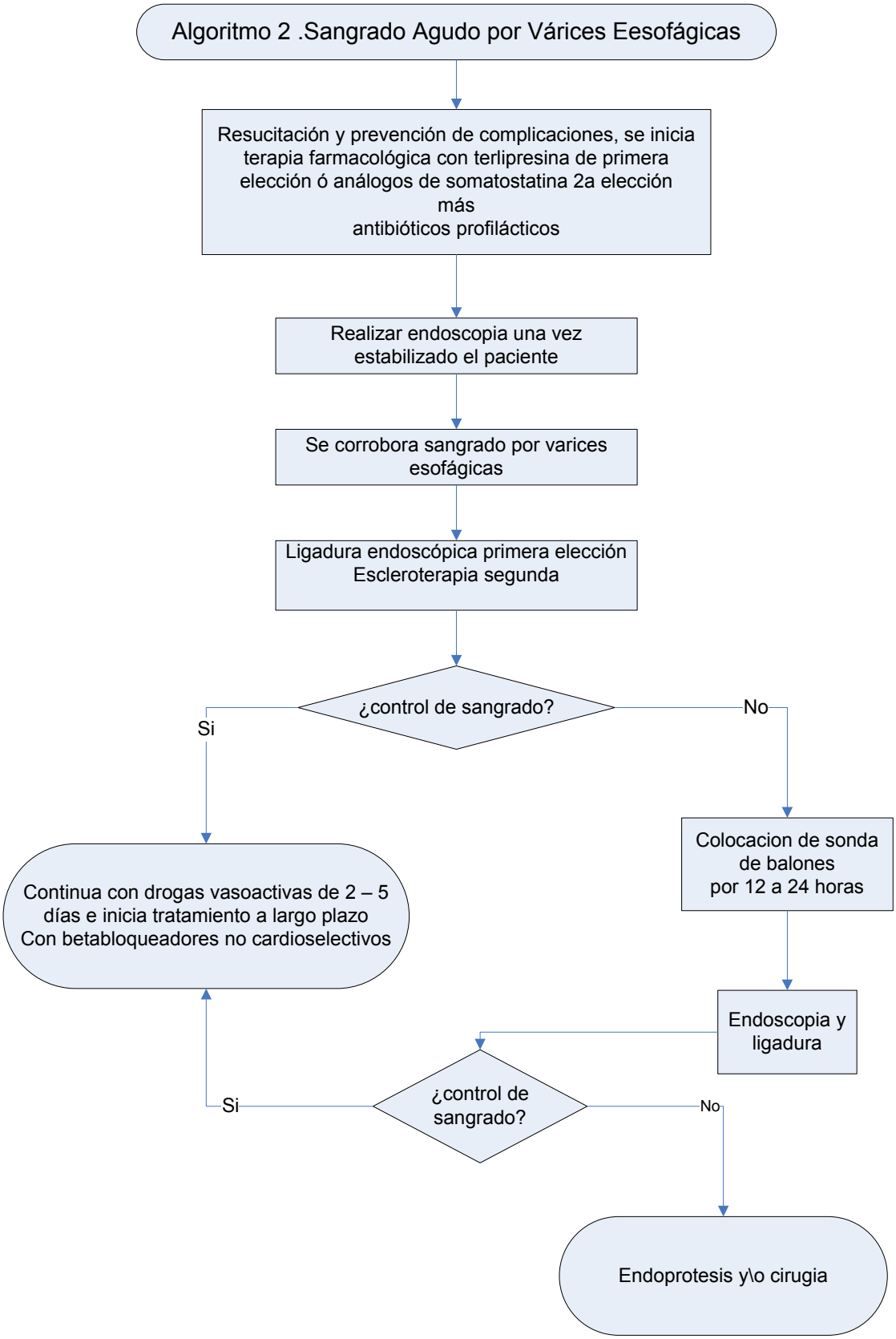
1937	Ceftriaxone	I gr cada 24 horas	Frasco ámpula 1 gr y diluyente de 10 ml	7 días		Aumento de nefrotoxicidad por parte del aminoglucosido, cuándo se usa asociado a aminoglucosidos Aumenta los niveles séricos de ciclosporina y sus efectos tóxicos, cuando se administran en forma conjunta Cuando se aplica la vacuna contra fiebre tifoidea, la ceftriaxona puede interferir la respuesta inmunológica Compite con verapamil a nivel de los sitios de unión con las proteínas plasmáticas, por lo que el verapamilo permanece libre, reportándose casos de bloqueo cardiaco incompleto	Hipersensibilidad a las cefalosporinas, en pacientes con hipersensibilidad se deberá considerar la posibilidad de reacciones alérgicas cruzadas. Disminuir dosis en enfermedad hepática y renal. No se debe administrar en soluciones que contengan calcio, como la solución de Hartman o Ringer. No se utilice con amsacrina o fluconazol
FCB	Cianocrilato (Tisuacryl o Histocryl B) Fuera de cuadro básico institucional e interinstitucional	Uso local a través de endoscopia en las várices gástricas sangrantes Las dosis necesarias (promedio de 2 a 3 ampolletas)	1 ampolleta monodosis de 0.15 ml Ó Caja con 10 ampolletas de 0.15 ml	1 a 3 sesiones	No se conocen	No se conocen	Se requiere equipo especial para su aplicación

5.5 Algoritmos

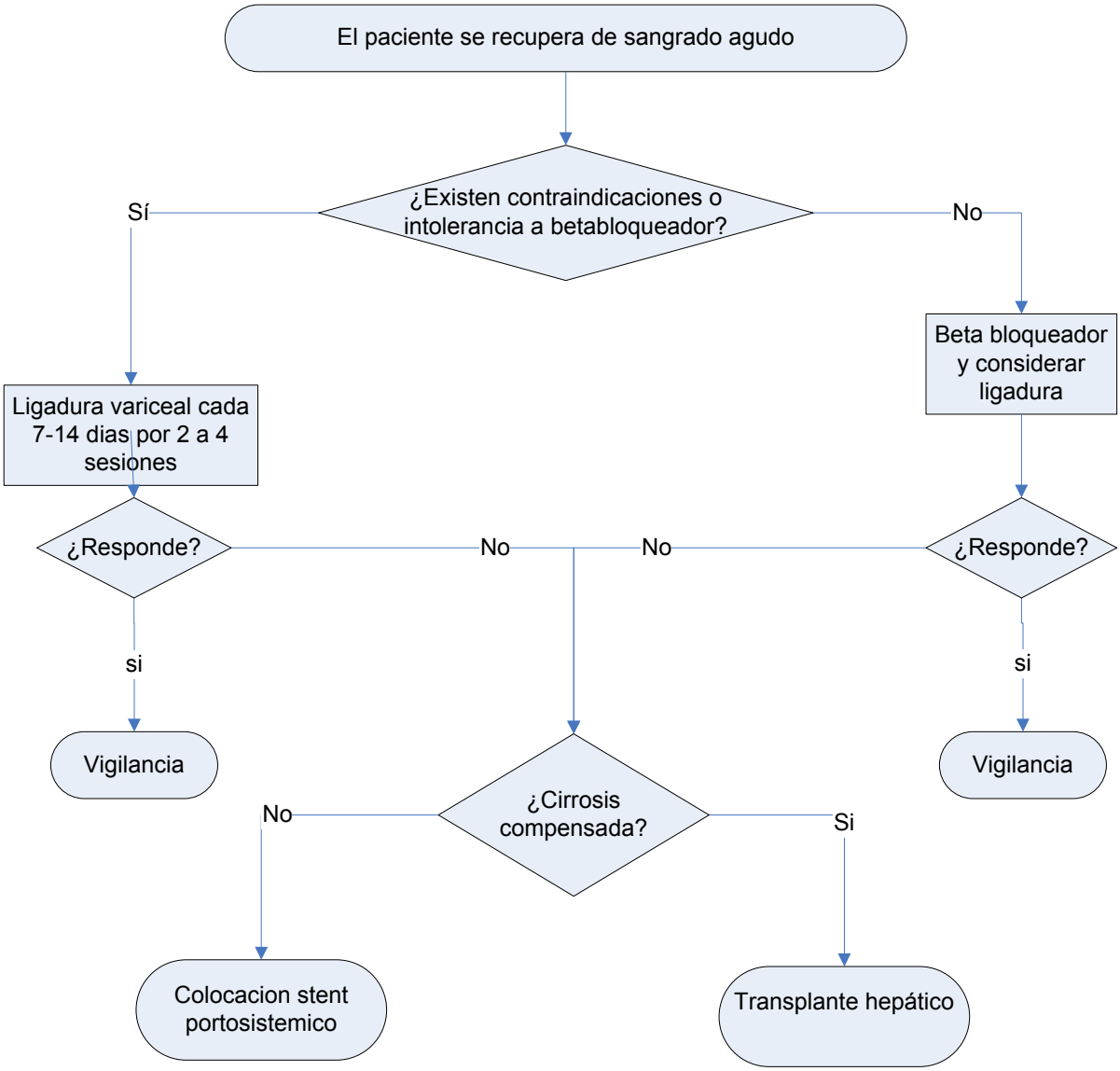


BB = Beta bloqueador no selectivo

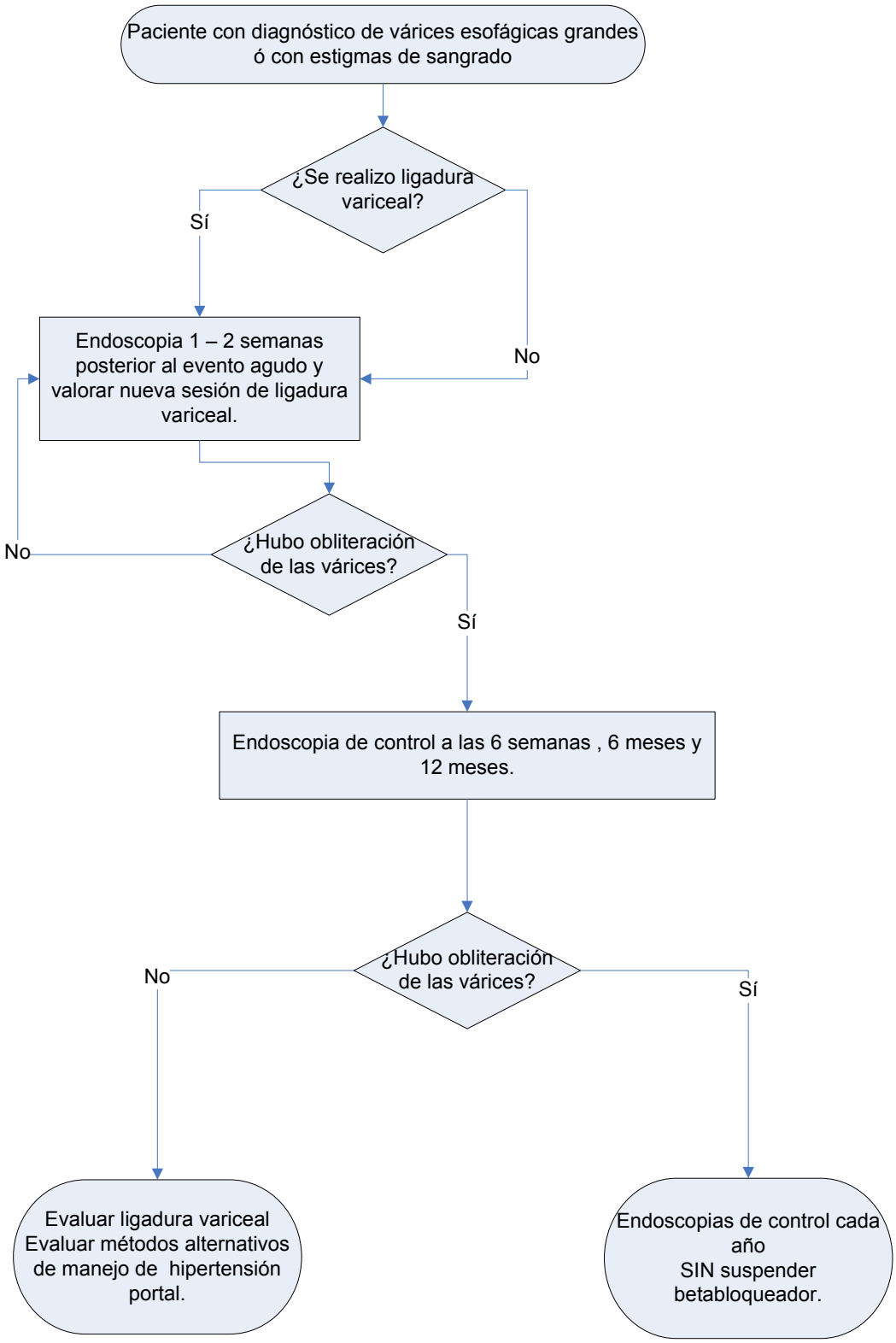
Realizar endoscopia con un mínimo de 55 a 60 mil plaquetas, tiempo de protrombina mínimo de 55 a 60% y sin datos de encefalopatía hepática (ver anexo 6.3, tabla 3)


Algoritmo 2 .Sangrado Agudo por Várices Eesofágicas
Resucitación y prevención de complicaciones, se inicia terapia farmacológica con terlipresina de primera elección ó análogos de somatostatina 2a elección más antibióticos profilácticos
Realizar endoscopia una vez estabilizado el paciente
Se corrobora sangrado por varices esofágicas
Ligadura endoscópica primera elección Escleroterapia segunda
¿control de sangrado?
Si
No
Continua con drogas vasoactivas de 2 – 5 días e inicia tratamiento a largo plazo Con betabloqueadores no cardioselectivos
Colocacion de sonda de balones por 12 a 24 horas
Endoscopia y ligadura
¿control de sangrado?
Si
No
Endoprotesis y\o cirugia

Algortimo 3. Prevención de re-sangrado por várices esofágicas



Algoritmo 4. Vigilancia Endoscópica de Várices Esofágicas



6. Glosario

Betabloqueador no cardioselectivo (BB): los beta-bloqueadores no selectivos, tales como el propanolol y el nadolol, reducen la presión portal por reducción del flujo portal y por consiguiente, el flujo sanguíneo portal y colateral. La reducción del flujo portal es el resultado de la disminución del gasto cardiaco por el bloqueo de los receptores cardiacos beta-1 y por la vasoconstricción esplácnica, debido al bloqueo de los receptores vasodilatadores beta-2 de la vasculatura esplácnica. Esta disminución de la presión portal está acompañada por una reducción significativa en la presión de várices esofágicas.

Endoscopia: es una técnica diagnóstica utilizada en medicina, que consiste en la introducción de un endoscopio a través de un orificio natural o una incisión quirúrgica para la visualización de un órgano hueco o cavidad corporal. La endoscopia además de ser un procedimiento diagnóstico mínimamente invasivo, también permite realizar maniobras terapéuticas . Cuándo se realiza por boca hasta duodeno se llama endoscopia digestiva alta o pan-endoscopia

Escleroterapia: modalidad terapéutica para el tratamiento de várices esofágicas la cual consiste en inyectar una solución especial dentro o a la par de la várice para obliterarlas, por lo general se practican en dos a seis várices por sesión, puede ser usada como medida de emergencia para detener un sangrado o para obliterar dichas várices como medida electiva.

Ligadura variceal: modalidad terapéutica para el tratamiento de várices esofágicas la cual consiste en aplicar unas bandas de hule en la base de las várices.

TIPS: (transyugular intrahepatic portal systemic shunt), es un procedimiento radiológico, realizado por vía percutánea y a través de un pequeño orificio en la piel y vena yugular interna derecha, permite llevar un sistema de funda, catéteres y agujas, con el fin de realizar un puente dentro del parénquima hepático, que une directamente el sistema porta con la circulación venosa sistémica a través de las venas suprahepáticas que se dirigen hacia la vena cava inferior. Este camino intrahepático que no existía es dilatado con un catéter balón colocándose luego una prótesis metálica expandible que refuerza las paredes de este puente, condicionando el pasaje de sangre portal hacia la circulación sistémica, produciendo en pacientes con cirrosis hepática, una inmediata disminución de la hipertensión portal y detención de la hemorragia por várices esofágicas y control de la ascitis.

Várice pequeña: aquellas que ocupan menos del 50 % de la luz del esófago (o con un diámetro menor a 5 m.m.

Várice grande: aquellas que ocupan más del 50 % de la luz del esófago (o con un diámetro mayor a 5 m.m.

7. Bibliografía

1. ASGE. Appropriate use of gastrointestinal endoscopy. Gastrointest Endosc 2000. 52:831-837

2. Bosch Jaime, Berzigotti Annalisa, Garcia-Pagan Juan Carlos, Abraldes Juan G. The management of portal hypertension: Rational basis, available treatments and future options. Hepatology 2008 (48): S 48-92.

3. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992;268:2420-2425

4. Evolving Consensus in Portal Hypertension. Journal of Hepatology 43 (2005) 167–176.

5. Garcia–Tsao et al. AASLD Practice Guidelines. Prevention and Management of Gastroesophageal Varices and Variceal Hemorrhage in Cirrhosis. Hepatology, September 2007; 46 (3): 922 – 938.

6. Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. Med Clin (Barc) 1996;107:377-382.

7. Lebrec. Methods to evaluate portal hypertension. Gastroenterol. Clin North Am 1992; 21: 41. Review.

8. Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Cook RJ. Users' Guides to the Medical Literature: IX. JAMA 1993: 270 (17); 2096-2097

9. Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. BMJ. 2001; 323 (7308):334-336. [acceso 26 de junio de 2006] Disponible en: http://bmj.com/cgi/content/full/323/7308/334.

10. Joovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. Med Clin (Barc) 1995;105:740-743

11. Montaño-Loza A, Meza-Junco J. Patogénesis de la hipertensión portal. Revista de Investigación Clínica 2005; 57 (4): 596 – 607.

12. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. BMJ 1996;312:71-72.

8. Agradecimientos

El grupo de trabajo manifiesta su sincero agradecimiento a quienes hicieron posible la elaboración de esta guía, por contribuir en la planeación, la movilización de los profesionales de salud, la organización de las reuniones y talleres, la integración del grupo de trabajo, la realización del protocolo de búsqueda y la concepción del documento, así como su solidaridad institucional.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE

9. Comité académico.

Instituto Mexicano del Seguro Social, División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad / CUMAE

Dr. José de Jesús González Izquierdo	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica Clínicos
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Jefa de Área de Innovación de Procesos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dr. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra	Je fe de área
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Carlos Martínez Murillo	Coordinador de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Gloria Concepción Huerta García	Coordinadora de Programas Médicos
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador

10. Directorio Sectorial y del Centro Desarrollador

Directorio sectorial.

Secretaría de Salud
Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS
Mtro. Daniel Karam Toumeh
Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE
Lic. Jesús Villalobos López
Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF
Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín
Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX
Dr. Juan José Suárez Coppel
Director General

Secretaría de Marina
Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional
General Guillermo Galván Galván
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General
Dr. Enrique Ruelas Barajas
Secretario del Consejo de Salubridad General

Directorio institucional.

Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. Santiago Echevarría Zuno
Director de Prestaciones Médicas

Dr. Fernando José Sandoval Castellanos
Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. José de Jesús González Izquierdo
Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez
Coordinadora de Áreas Médicas

Dr. Arturo Viniegra Osorio
División de Excelencia Clínica

11. Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez **Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud**	Presidenta
M en A María Luisa González Rétiz **Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud**	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Dr. Esteban Hernández San Román **Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC**	Secretario Técnico
Dr. Mauricio Hernández Ávila **Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud**	Titular
Dr. Romeo Rodríguez Suárez **Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad**	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg **Comisionado Nacional de Protección Social en Salud**	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González **Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud**	Titular
Dr. Pedro Rizo Ríos **Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General**	Titular
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales **Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional**	Titular
Vicealmirante Servicio de Sanidad Naval, M. C. Rafael Ángel Delgado Nieto **Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México**	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno **Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social**	Titular
Dr. Gabriel Ricardo Manuell Lee **Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate **Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos**	Titular
Lic. Guadalupe Fernández Vega Albafull **Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia**	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci **Comisionado Nacional de Arbitraje Médico**	Titular
Dr. Rafael A. L. Santana Mondragón **Director General de Calidad y Educación en Salud**	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre **Director General de Evaluación del Desempeño**	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy **Directora General de Información en Salud**	Titular
Dr. James Gómez Montes **Director General de los Servicios de Salud y Director General del Instituto de Salud en el Estado de Chiapas**	Titular 2011-2012
Dr. José Armando Ahued Ortega **Secretario de Salud del Gobierno del Distrito Federal**	Titular 2011-2012
Dr. José Jesús Bernardo Campillo García **Secretario de Salud Pública y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud en el Estado de Sonora**	Titular 2011-2012
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz **Presidente de la Academia Nacional de Medicina**	Titular
Acad. Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo **Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía**	Titular
Dra. Mercedes Juan López **Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud**	Asesor Permanente
Dr. Jesús Eduardo Noyola Bernal **Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina**	Asesor Permanente
Dr. Francisco Bañuelos Téllez **Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales**	Asesor Permanente
Dr. Sigfrido Rangel Fraustro **Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud**	Asesor Permanente