

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCION MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

GPC

Actualización
2017

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VÁRICES ESOFÁGICAS EN EL ADULTO

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-087-08

Durango 289- 1A Colonia Roma
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.
Página Web: www.imss.gob.mx

Publicado por Instituto Mexicano del Seguro Social
© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social** “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
Coordinación Técnica de Excelencia Clínica
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Diagnóstico y Tratamiento de Várices Esofágicas en el Adulto**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

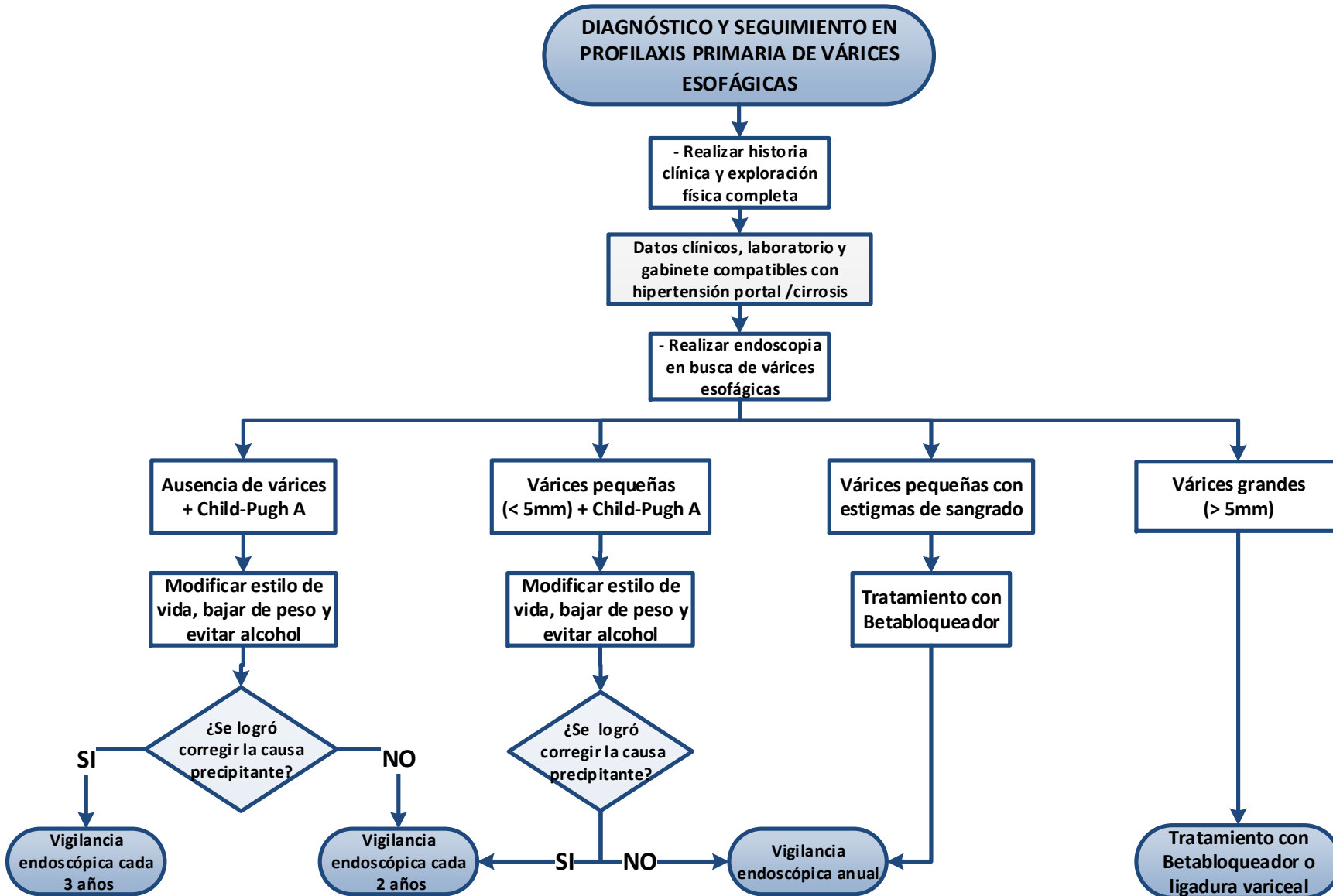
Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **“Evidencias y Recomendaciones”** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en:
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

Debe ser citado como: **Diagnóstico y Tratamiento de Várices Esofágicas en el Adulto**. Guía de Referencia Rápida: Guía de Práctica Clínica. México CENETEC.
Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

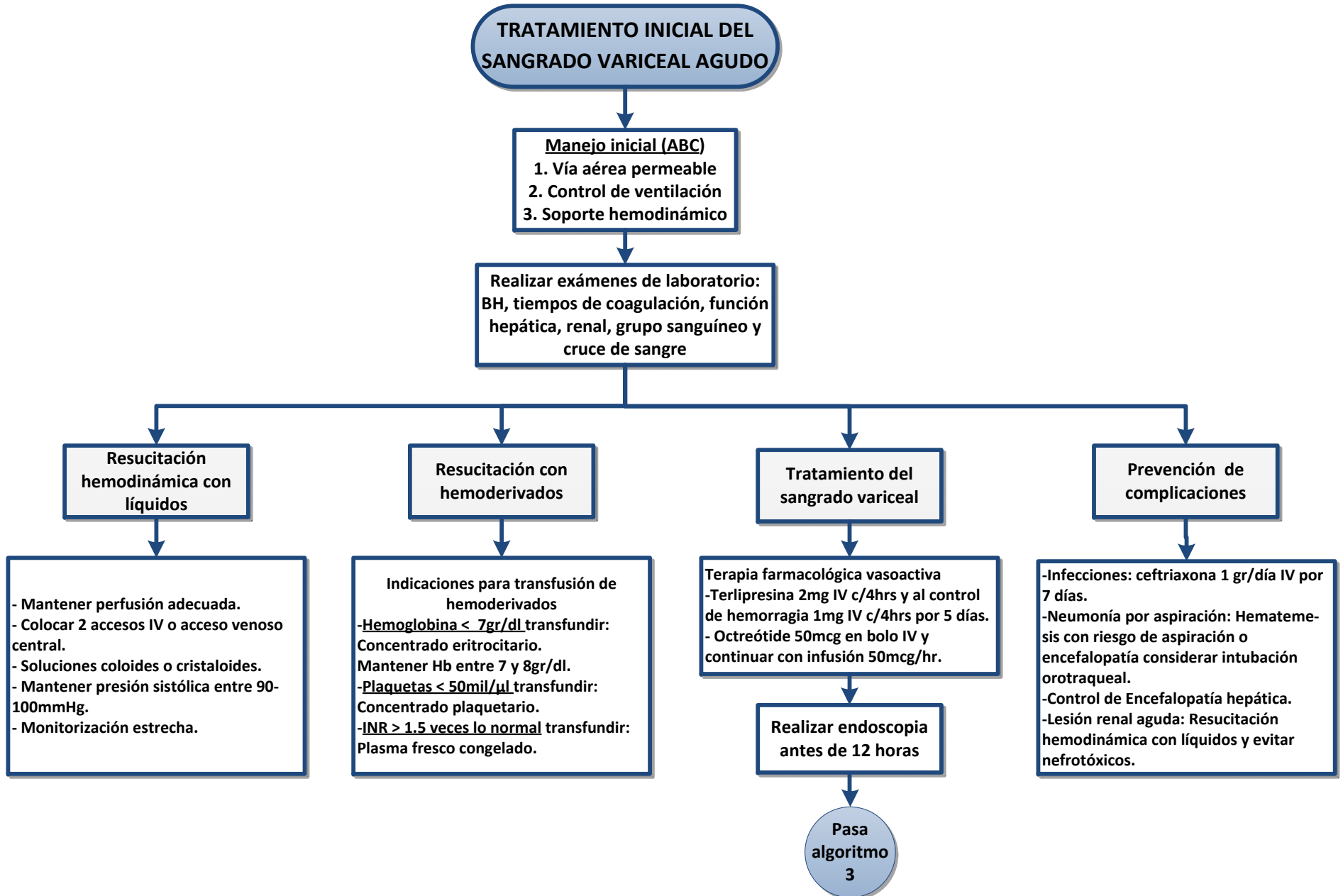
ISBN en trámite

1. DIAGRAMAS DE FLUJO

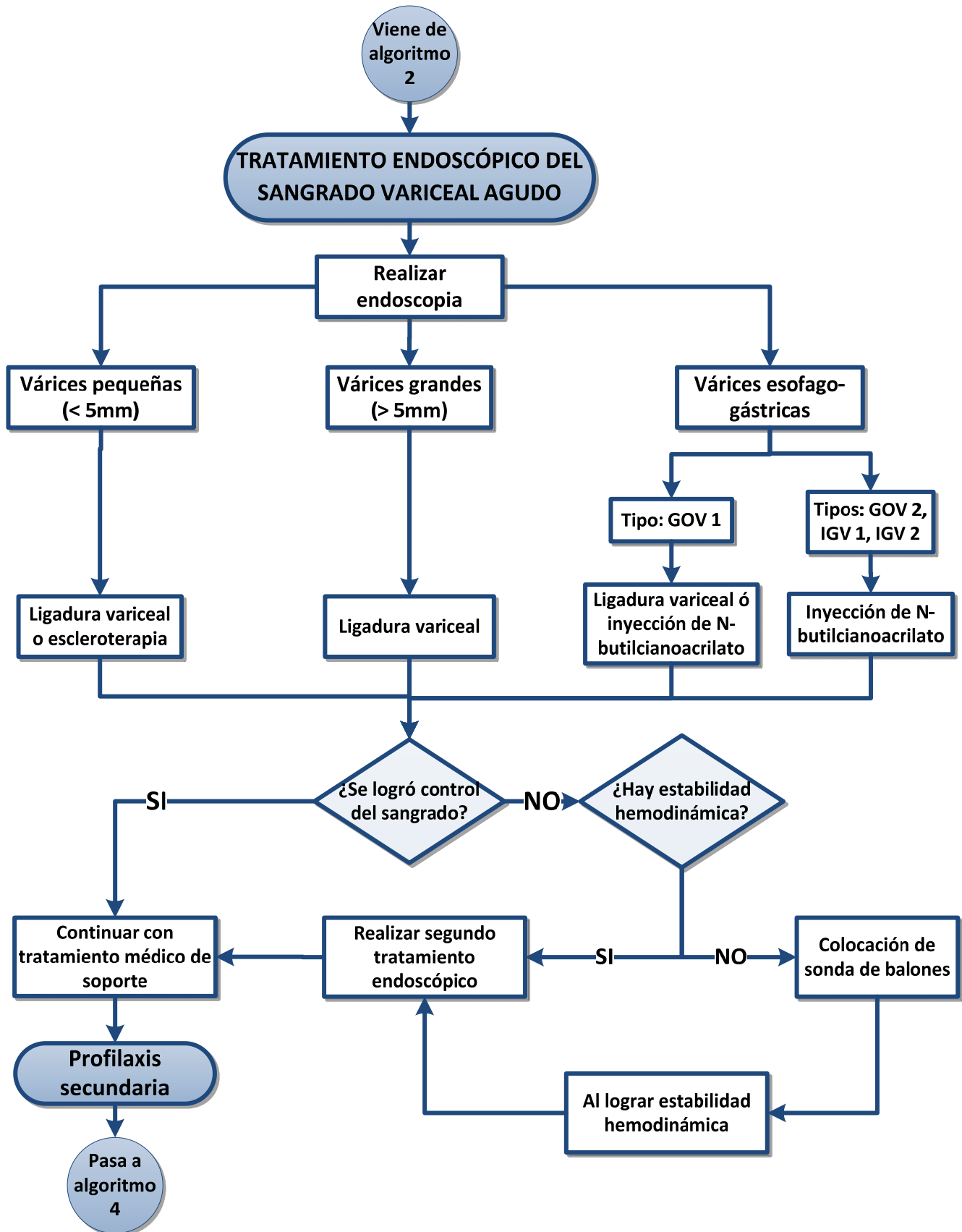
Algoritmo 1. Diagnóstico y Seguimiento en Profilaxis Primaria de Várices Esofágicas



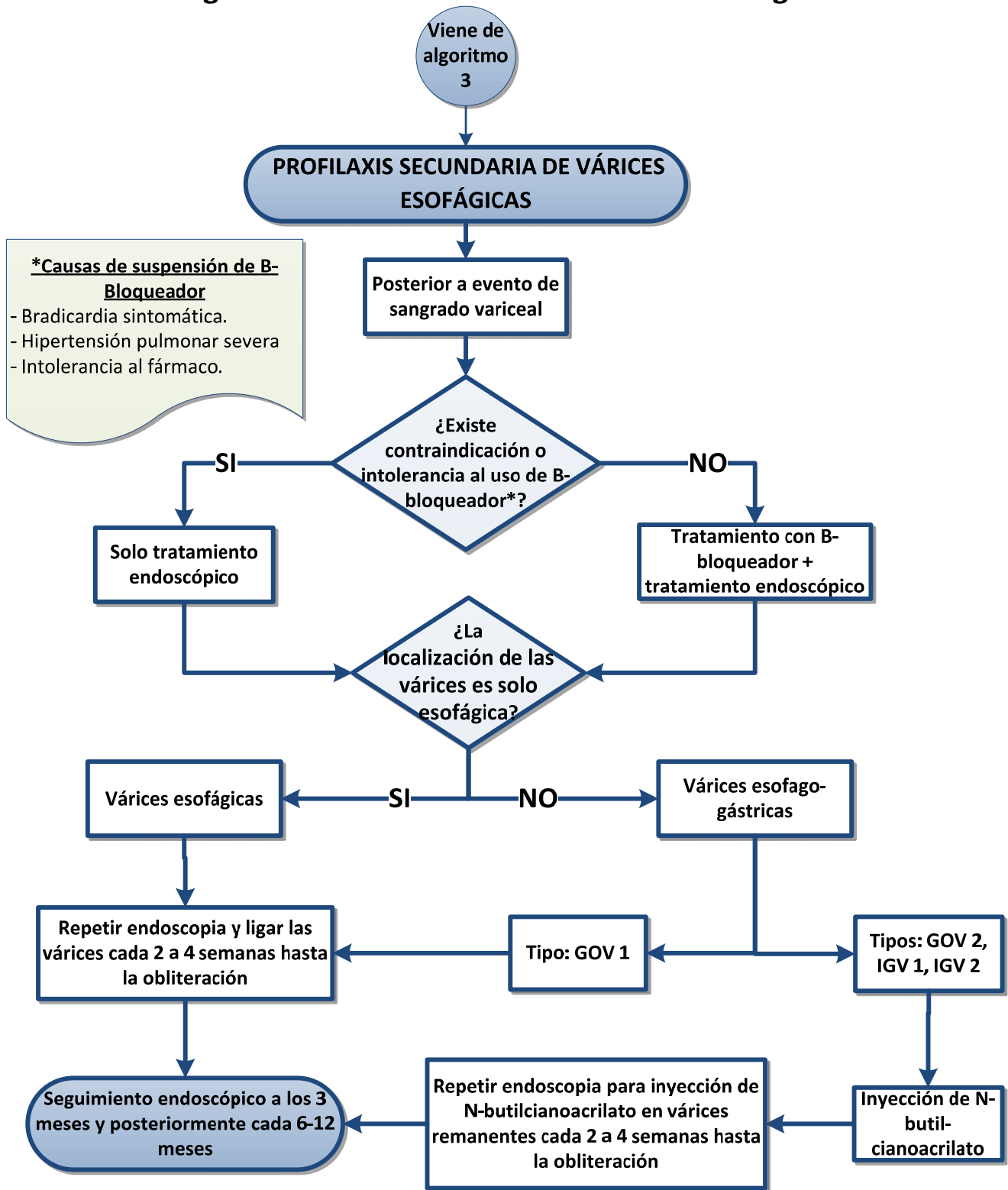
Algoritmo 2. Tratamiento inicial del sangrado variceal agudo



Algoritmo 3. Tratamiento inicial del sangrado variceal agudo



Algoritmo 4. Profilaxis secundaria de várices esofágicas



2. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

DIAGNÓSTICO

Recomendación Clave	GR*
La presencia de várices esofágicas se correlaciona con la gravedad de la enfermedad hepática. Por ejemplo, los pacientes con cirrosis hepática en clase Child-Pugh C, el 85% presentan várices (Cuadro 1). Se recomienda realizar endoscopia a todos los pacientes con cirrosis hepática para la detección oportuna de várices esofágicas y gástricas al momento del diagnóstico.	A NICE
Como cualquier procedimiento invasivo, se deberá valorar el riesgo – beneficio antes de realizar la endoscopia. Existen pocas contraindicaciones precisas para la realización de este procedimiento, además de otras contraindicaciones relativas que se describen en el Cuadro 2.	D NICE

TRATAMIENTO

Recomendación Clave	GR*
Existen tres objetivos primarios en el manejo agudo del sangrado variceal activo: <ul style="list-style-type: none"> • Resucitación hemodinámica. • Prevención y tratamiento de las complicaciones. • Tratamiento del sangrado. Todos deben realizarse de forma simultánea y con un equipo multidisciplinario.	D NICE
Se recomienda evitar la sobretransfusión de glóbulos rojos y mantener como objetivo niveles de hemoglobina entre 7 y 8 gr/dl , aunque otros factores deben ser considerados como enfermedad cardiovascular, edad, estado hemodinámico y persistencia del sangrado.	A OXFORD
Se recomienda transfusión de plaquetas en pacientes con sangrado activo y cifras de plaquetas menores a 50,000 / μ l, pero no en pacientes sin sangrado activo o que estén hemodinámicamente estables.	D OXFORD
La transfusión de plasma fresco congelado se recomienda con niveles de fibrinógeno menor a 1 gr/L ó con nivel de tiempo de protrombina, INR o tiempo de tromboplastina parcial activada mayor a 1.5 veces el normal.	D OXFORD

<p>Se recomienda que en pacientes con sospecha de sangrado variceal los agentes vasoactivos (terlipresina u octreótide) sean iniciados tan pronto sea posible, antes de la endoscopia y continuarlos por 5 días.</p> <p>- Terlipresina. 2 mg IV cada 4 horas y titularse a 1 mg IV cada 4 horas al controlar la hemorragia.</p> <p>- Octreótide. 50 mcg en bolo seguido de infusión de 25-50 mcg/hr por 5 días.</p>	<p>A OXFORD</p>
<p>Se recomienda instaurar la terapia antibiótica para todos los pacientes con sospecha o confirmación de sangrado variceal de manera ideal desde su ingreso (antes de la endoscopia). Se recomienda administrar ceftriaxona 1 gr/día vía intravenosa por 7 días especialmente en pacientes con cirrosis avanzada y en centros con alta prevalencia de resistencia a las quinolonas</p>	<p>A OXFORD</p>
<p>La profilaxis primaria (beta-bloqueador no cardioselectivo ó la ligadura endoscópica) está recomendada en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Várices pequeñas en Child-Pugh B o C. • Várices grandes sin importar la clase Child-Pugh. <p>En caso de existir contraindicación o intolerancia al beta-bloqueador no cardioselectivo se recomienda ligadura variceal endoscópica.</p>	<p>A OXFORD</p>
<p>El manejo en profilaxis secundaria son los beta-bloqueadores no cardioselectivos junto con la ligadura variceal endoscópica son el tratamiento de elección para prevenir la recurrencia del sangrado variceal.</p>	<p>A OXFORD</p>
<p>En el manejo del sangrado variceal agudo, se recomienda utilizar la combinación de terapia con fármacos vasoactivos y ligadura variceal, en lugar de solo ligadura.</p>	<p>1B GRADE</p>
<p>La ligadura variceal es la terapia endoscópica de elección para el control de sangrado secundario a várices esofágicas ya que se asocia con menos efectos adversos y menor mortalidad en comparación con la escleroterapia.</p>	<p>A OXFORD</p>
<p>El tratamiento con adhesivos tisulares (N-butilcianoacrilato) es recomendado para várices gastroesofágicas que se extienden más allá del cardias tipo 2 (GOV2) y en hemorragia aguda de várices gástricas aisladas (IGV). (Cuadro 3).</p>	<p>A OXFORD</p>
<p>En casos de resangrado grave o con alteración del estado hemodinámico es recomendable la colocación de sonda de balones (Sengstaken-Blakemor), de forma temporal, de preferencia no mayor a 24 horas, ya que esto permite la reanimación y el transporte seguro del paciente para repetir el tratamiento endoscópico.</p>	<p>D NICE</p>

PRONOSTICO Y SEGUIMIENTO

Recomendación Clave	GR*
Se recomienda utilizar la escala de MELD para estimar el riesgo de resangrado y la mortalidad a 6 semanas(Cuadro 4).	D OXFORD
Como parte del seguimiento, se sugiere que las várices sean ligadas en intervalos de 2-4 semanas hasta la erradicación. Posteriormente, se debe realizar el seguimiento endoscópico a los 3 meses y después cada 6 meses. En caso de que recurran las várices esofágicas, se deben tratar con ligadura hasta su erradicación.	B OXFORD
Los beta-bloqueadores deberán de reiniciarse una vez que las complicaciones (hemorragia activa, peritonitis, encefalopatía) o los parámetros (frecuencia cardiaca, hiponatremia) se resuelvan y deberán de iniciarse a dosis bajas.	A OXFORD

*Grado de Recomendación

3. CUADROS O FIGURAS

CUADRO 1. CLASIFICACIÓN DE CHILD-PUGH

Datos Presentes	Puntuación*		
	1	2	3
Encefalopatía	Ninguno	Grado 1 - 2	Grado 3 - 4
Ascitis	Ninguno	Leve - Moderado	A tensión
Bilirrubina (mg/dl)	Menor de 2 mg/dl	2 – 3 mg/dl	Mayor a 3 mg/dl
Albúmina (g/dl)	Mayor de 3.5 g/dl	2.8 - 3.5 g/dl	Menor 2.8 g/dl
Tiempo de protrombina (segundos prolongados) (INR)	Menor 4 segundos (< 1.8)	4-6 segundos (1.8 – 2.3)	Mayor 6 segundos (> 2.3)
Interpretación	*5-6 puntos = Child-Pugh A	*7-9 puntos = Child-Pugh B	*10-15 puntos = Child-Pugh C

Adaptado de: Garcia-Tsao G, Bosch J. Management of varices and variceal hemorrhage in cirrhosis. N Engl J Med. 2010 Mar 4;362(9):823-32.

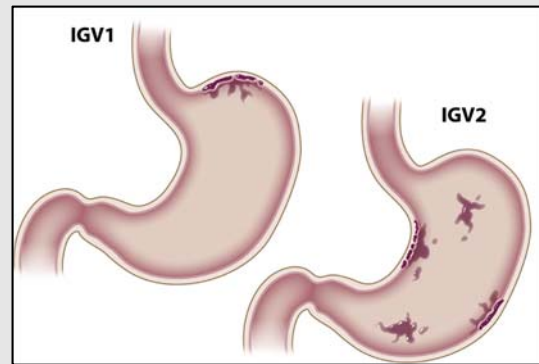
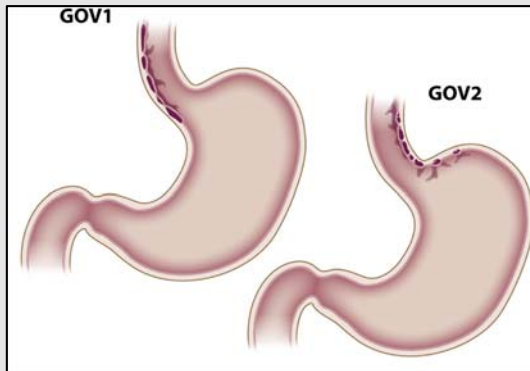
CUADRO 2. CONTRAINDICACIONES PARA ENDOSCOPIA

ABSOLUTAS	RELATIVAS
Cuando se sospecha de perforación de viscera	No completar el ayuno requerido
Pacientes inestables o con estado de choque	Cardiopatía isquímica reciente (30 días)
Sin consentimiento informado o una adecuada cooperación del paciente.	Embarazo de alto riesgo
Crisis convulsivas no controladas	Aneurisma de aorta torácica
Si el riesgo del procedimiento excede al beneficio	Cirugía digestiva reciente (primeros 15 días)

Adaptado de: Cohen J, Greenwald DA, Howell DA, Grover S. Overview of upper gastrointestinal endoscopy (esophagogastroduodenoscopy). 2015 (acceso Feb 2017). Disponible en: www.uptodate.com

CUADRO 3. CLASIFICACIÓN DE SARÍN (AMEG)

CLASIFICACIÓN	LOCALIZACIÓN	VÁRICES ESOFÁGICAS	INCIDENCIA %	TASA DE HEMORRAGIA %
GOV1	Curvatura menor	SI	14.9	11.8
GOV2	Fondo	SI	5.5	55
IGV1	Fondo	NO	1.6	78
IGV2	Cuerpo, antro, píloro	NO	3.9	9



Adaptado de: Henry Z, Uppal D, Saad, Caldwell S. Gastric and ectopic várices. Clin Liver Dis. 2014 May;18(2):371-88. doi: 10.1016/j.cld.2014.01.002

CUADRO 4. PUNTAJE MELD

Mortalidad a 3 meses de acuerdo al puntaje MELD =	$3.78 \times \log_e [\text{bilirrubina sérica (mg/dL)}]$ $+$ $11.20 \times \log_e [\text{INR}]$ $+$ $9.57 \times \log_e [\text{creatinina sérica (mg/dL)}]$ $+$ $6.43 \text{ (constante para etiología de enfermedad hepática)}$				
MELD	≤ 9	10-19	20-29	30-39	≥40
Mortalidad a 3 meses	1.9%	6%	19.6%	52.6%	71.3%

Nota: Si el paciente ha sido dializado 2 veces en los últimos 7 días, entonces el valor de la creatinina sérica que deberá ser utilizado es de 4.0mg/dL.

Cualquier valor menor a 1 (ej. Si la bilirrubina es 0.8mg/dL, se utilizara el 1.0), para prevenir la presencia de resultados por debajo de 0.

Adaptado de: Malinchoc M, Kamath PS, Gordon FD, Peine CJ, Rank J, ter Borg PC. A model to predict poor survival in patients undergoing transjugular intrahepatic portosystemic shunts. Hepatology. 2000 Apr;31(4):864-71.