

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

Avenida Paseo de La Reforma #450, piso 13,  
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc,  
C.P. 06600 México, Ciudad de México.  
[www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC  
© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social**

Editor General  
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

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>

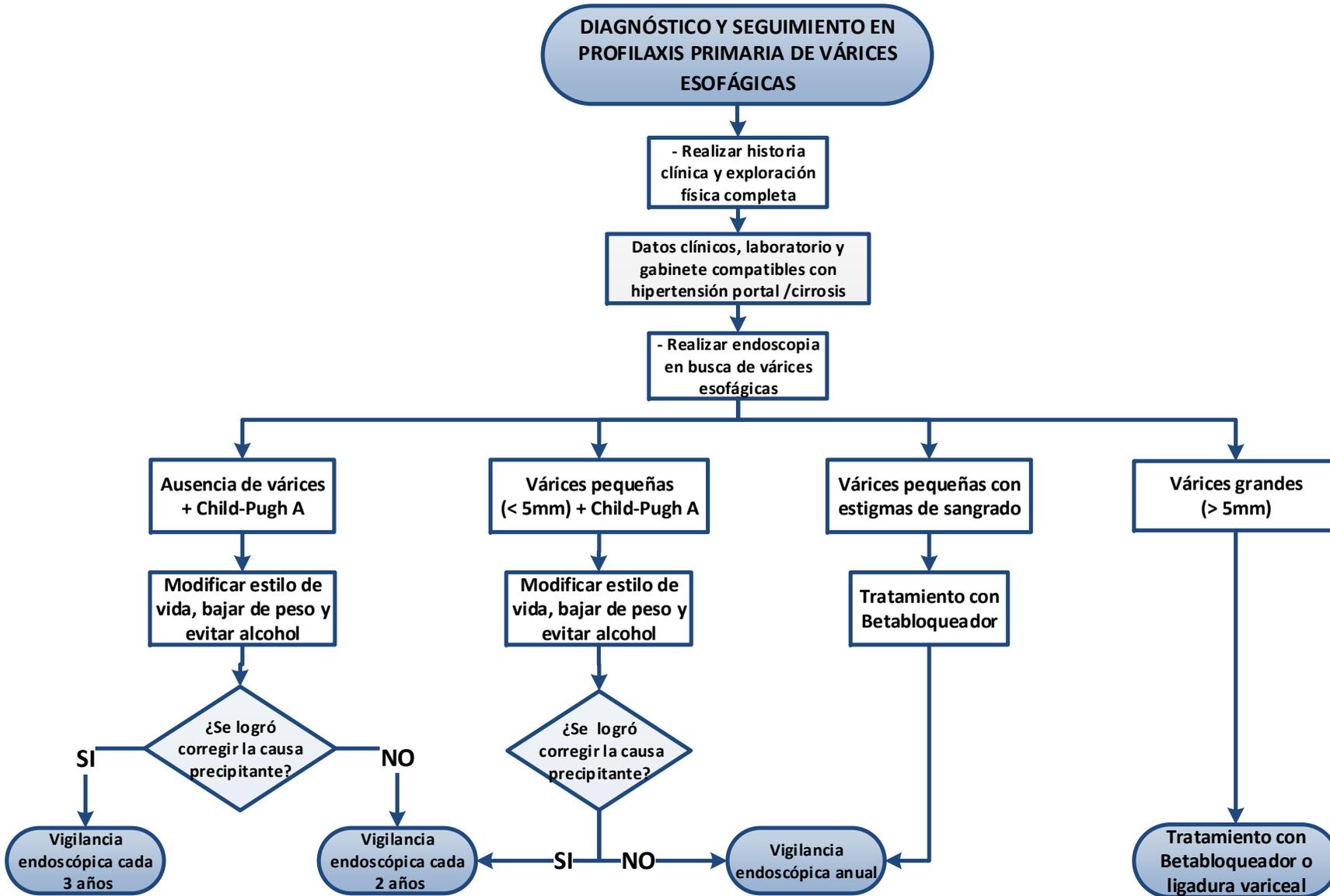
Debe ser citado como: **Diagnóstico y Tratamiento de Várices Esofágicas en el Adulto**. Guía de Referencia Rápida: Guía de Práctica Clínica. México CENETEC.

Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

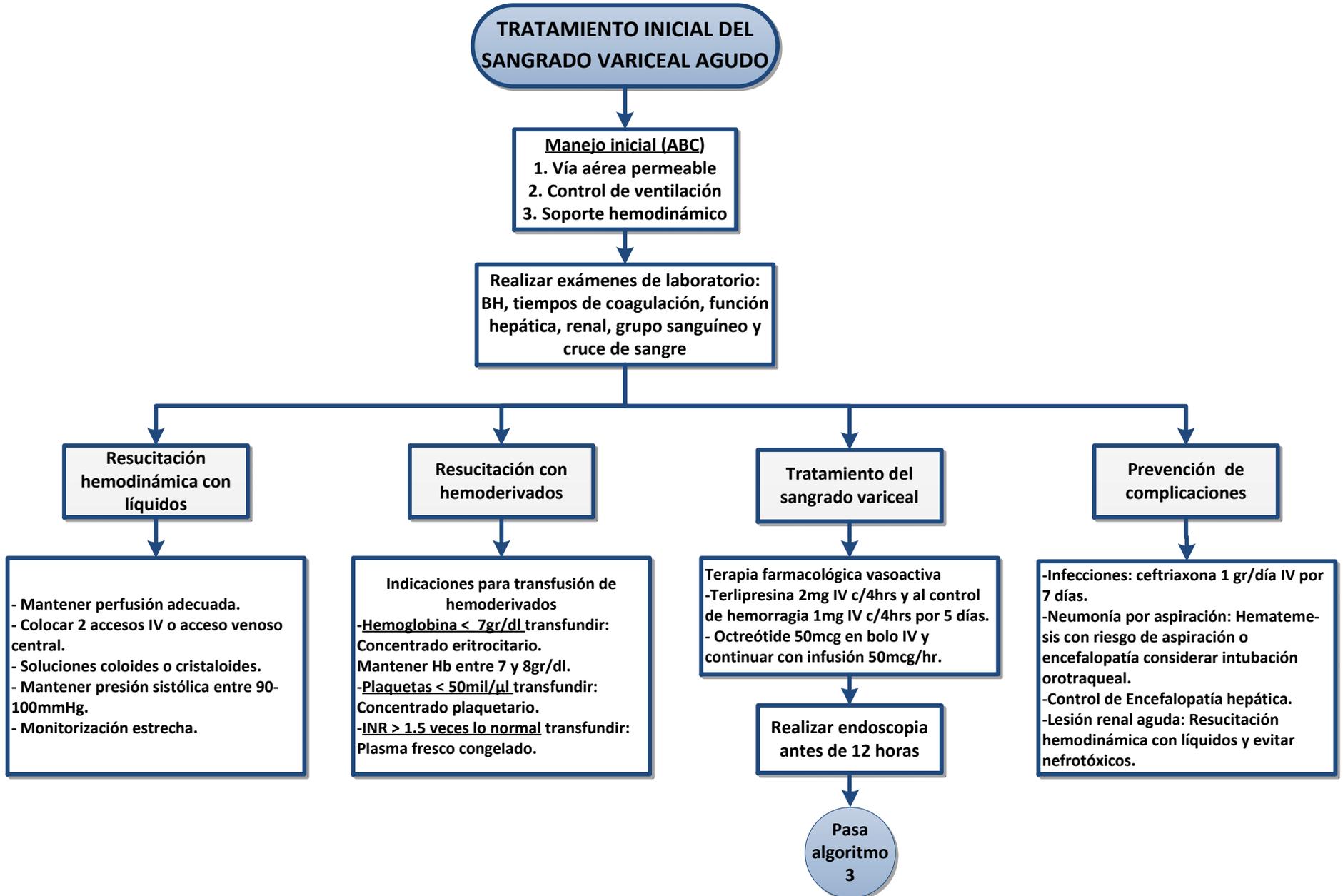
ISBN en trámite

# 1. DIAGRAMAS DE FLUJO

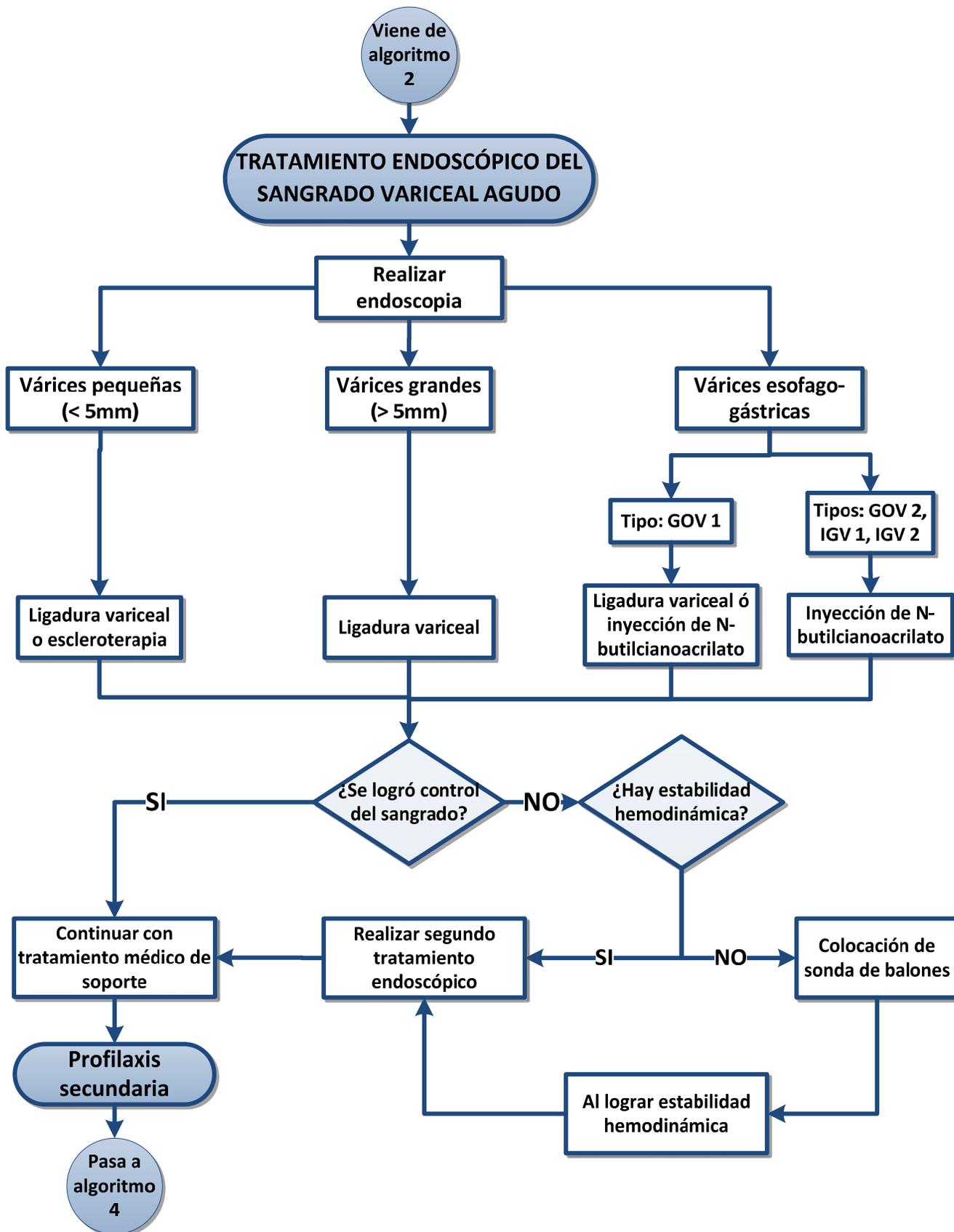
**Algoritmo 1. Diagnóstico y Seguimiento en Profilaxis Primaria de Várices Esofágicas**



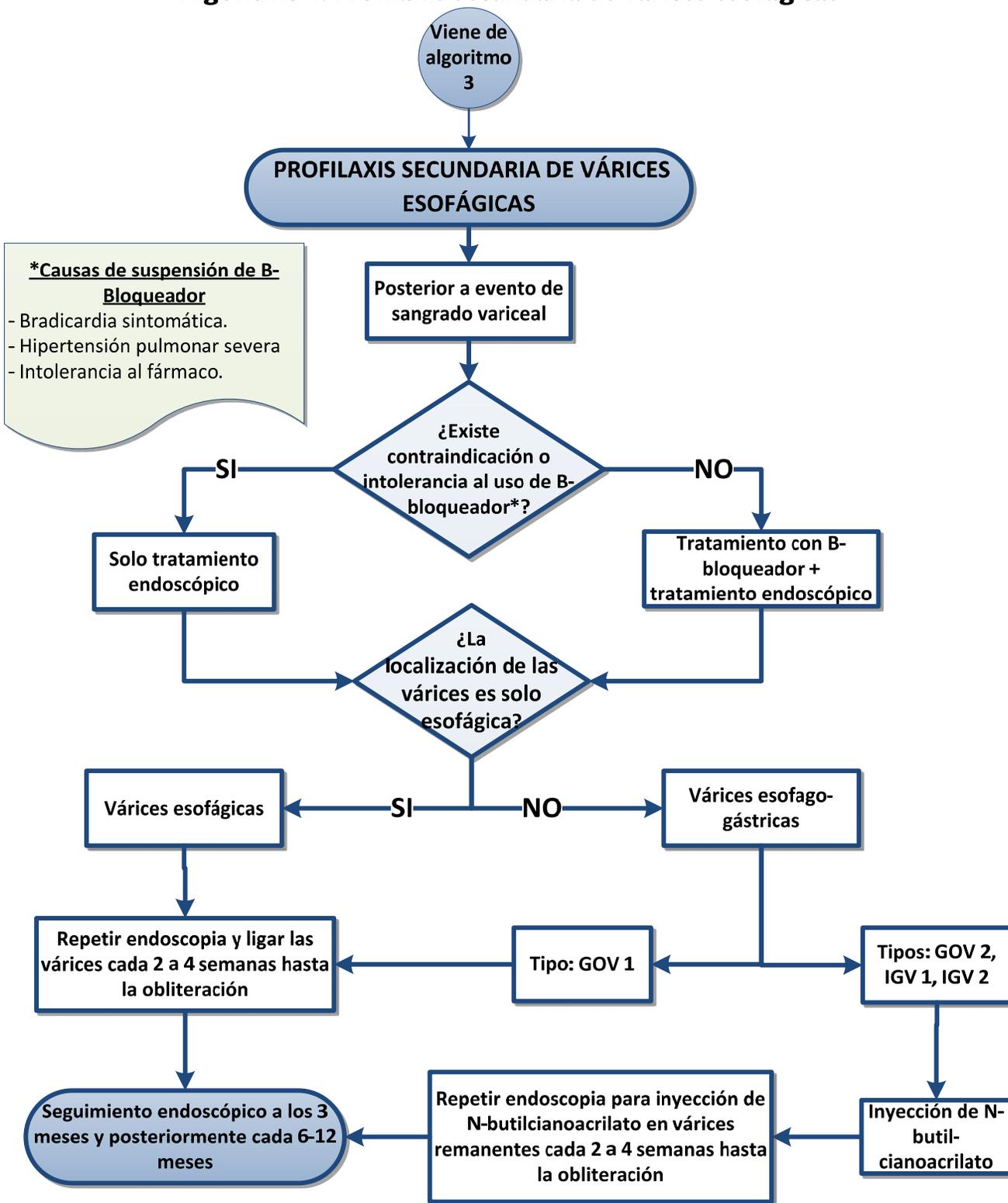
**Algoritmo 2. Tratamiento inicial del sangrado variceal agudo**



**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. | <b>A<br/>NICE</b> |
| 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.  | <b>D<br/>NICE</b> |

### TRATAMIENTO

| Recomendación Clave  | GR*                 |
|--|---------------------|
| Existen tres <b>objetivos primarios</b> en el manejo agudo del sangrado variceal activo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resucitación hemodinámica.</li> <li>• Prevención y tratamiento de las complicaciones.</li> <li>• Tratamiento del sangrado.</li> </ul> Todos deben realizarse de forma simultánea y con un equipo multidisciplinario. | <b>D<br/>NICE</b>   |
| Se recomienda evitar la sobretransfusión de glóbulos rojos y mantener como objetivo niveles de <b>hemoglobina entre 7 y 8 gr/dl</b> , aunque otros factores deben ser considerados como enfermedad cardiovascular, edad, estado hemodinámico y persistencia del sangrado.  | <b>A<br/>OXFORD</b> |
| Se recomienda transfusión de plaquetas en pacientes con sangrado activo y cifras de plaquetas menores a 50,000 / $\mu$ l, pero no en pacientes sin sangrado activo o que estén hemodinámicamente estables.   | <b>D<br/>OXFORD</b> |
| 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.   | <b>D<br/>OXFORD</b> |

|   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| <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>- <b>Terlipresina.</b> 2 mg IV cada 4 horas y titularse a 1 mg IV cada 4 horas al controlar la hemorragia.</p> <p>- <b>Octreótide.</b> 50 mcg en bolo seguido de infusión de 25-50 mcg/hr por 5 días.</p> | <p><b>A</b><br/><b>OXFORD</b></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><b>A</b><br/><b>OXFORD</b></p> |
| <p>La <b>profilaxis primaria</b> (beta-bloqueador no cardioselectivo ó la ligadura endoscópica) está recomendada en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Várices pequeñas en Child-Pugh B o C.</li> <li>• Várices grandes sin importar la clase Child-Pugh.</li> </ul> <p>En caso de existir contraindicación o intolerancia al beta-bloqueador no cardioselectivo se recomienda ligadura variceal endoscópica.</p>      | <p><b>A</b><br/><b>OXFORD</b></p> |
| <p>El manejo en <b>profilaxis secundaria</b> 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><b>A</b><br/><b>OXFORD</b></p> |
| <p>En el manejo del <b>sangrado variceal agudo</b>, se recomienda utilizar la combinación de terapia con fármacos vasoactivos y ligadura variceal, en lugar de solo ligadura.</p>   | <p><b>1B</b><br/><b>GRADE</b></p> |
| <p>La <b>ligadura variceal</b> 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><b>A</b><br/><b>OXFORD</b></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><b>A</b><br/><b>OXFORD</b></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><b>D</b><br/><b>NICE</b></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).  | <b>D</b><br><b>OXFORD</b> |
| 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>B</b><br><b>OXFORD</b> |
| 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.   | <b>A</b><br><b>OXFORD</b> |

\*Grado de Recomendación

### 3. CUADROS O FIGURAS

**CUADRO 1. CLASIFICACIÓN DE CHILD-PUGH**

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

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.

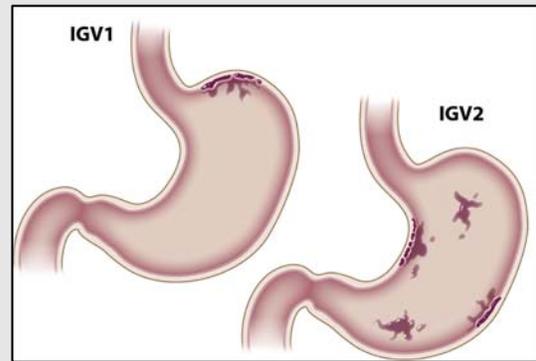
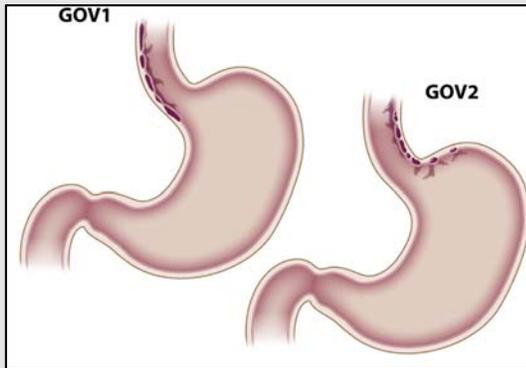
**CUADRO 2. CONTRAINDICACIONES PARA ENDOSCOPIA**

| 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](http://www.uptodate.com)

**CUADRO 3. CLASIFICACIÓN DE SARÍN (AMEG)**

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



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

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