

¡ E M E R G E N C I A !

KATHERINE A. ATASSI, RN, CNA, OSN, MSN
Instructor • West Virginia University Institute of Technology • Montgomery, W. Va.

Varices esofágicas hemorrágicas

CUANDO JUAN J., DE 47 AÑOS de edad, llega al servicio de urgencias (SU), le explica que hace unas dos horas vomitó una gran cantidad de sangre de color rojo vivo. Añade que le había pasado anteriormente, pero no tanta cantidad como ahora. Afirma no tener dolor abdominal, ni diarrea, ni hemorragia por vía rectal.

¿Cuál es la situación?

Usted procede a tomarle los signos vitales: PA, 90/50; frecuencia cardíaca, 112; frecuencia respiratoria, 18, y temperatura timpánica, 36,7 °C. A continuación le conecta a un monitor cardíaco, que refleja taquicardia sinusal. El examen físico revela un varón de aspecto caquéctico con palidez de mucosas orales, distensión de la vena yugular, abdomen distendido no doloroso a la palpación con zonas variables de reducida resonancia a la palpación relacionado con la ascitis, e ingurgitación de las venas colaterales de la pared abdominal. El hígado y la vesícula no son palpables debido a la ascitis. El resultado de la prueba de sangre oculta en heces es positivo. La exploración pulmonar bilateral es normal; advierte la presencia de arañas vasculares en la pared torácica. El paciente se muestra alerta y orientado.

El Sr. Juan J. no ha tomado aspirina ni fármacos antiinflamatorios no esteroides. Comenta que toma, desde hace 15 años, 6 latas de cerveza al día.

¿Cuál es su valoración?

Basándose en los antecedentes patológicos y en los síntomas del Sr. Juan J., usted sospecha la presencia de varices esofágicas relacionadas con el abuso de la ingesta alcohólica. Otras posibles causas de hemorragia gástrica son las úlceras, la gastritis, la esofagitis y el desgarro de Mallory Weiss, como consecuencia de vómitos prolongados.

Las varices esofágicas son la complicación más frecuente de la hipertensión portal. En los adultos, la causa más común de hipertensión portal es el alcoholismo. Cuando se obstruye la circulación hepática, el hígado intenta compensar esta situación creando una circulación colateral desde el sistema portal hacia la circulación sistémica del organismo. Al ingurgitarse rápidamente, los vasos sanguíneos del esófago pueden romperse.

¿Qué debe hacer de inmediato?

Informe al médico. Instaura una vía intravenosa (i.v.) con dos catéteres de calibre ancho y obtenga muestras sanguíneas para cursar una analítica de urgencia, que incluya: hemograma completo, electrolitos séricos, determinación de la urea nitrogenada en sangre y creatinina, factores de coagulación, concentración sérica de albúmina, pruebas de la función hepática, grupo sanguíneo y pruebas cruzadas. Obtenga la saturación de O₂.



Administre un bolo de 500 ml de cloruro sódico al 0,9% durante 15 min de acuerdo con la prescripción médica, y a continuación mantenga la perfusión a ritmo de 200 ml/h. En estos momentos los signos vitales del Sr. Juan J. son: PA, 100/72; frecuencia cardíaca, 98; frecuencia respiratoria, 12, y temperatura, 36,9 °C. La saturación de O₂ es del 90%; por tanto, adminístrele O₂ ajustándolo de modo que mantenga una saturación del 94%.

Inserte una sonda nasogástrica (SNG); al aspirar se produce una salida de 200 ml de sangre roja. Conecte la SNG a un sistema de aspiración suave intermitente. El médico suspende la ingesta por vía oral del paciente.

Los resultados del laboratorio del Sr. Juan J. revelan una hemoglobina de 8,2 g/dl (las cifras normales en un varón adulto son de 14-18 g/dl) y un hematocrito del 25% (valor normal en el varón adulto del 42-52%). Las pruebas de la función hepática indican que el hígado está gravemente deteriorado.

Siguiendo la prescripción médica, administre al paciente dos unidades de sangre y ranitidina CIH para reducir la acidez gástrica. El médico ordena también la administración de un bolo de octreótida seguido de una perfusión de este mismo fármaco, para reducir la hemorragia y prevenir posibles recidivas.

Administre al Sr. Juan J. vitamina K junto con unidades frescas de plasma por vía i.v. para reducir la hemorragia. Para prevenir la aparición del síndrome de abstinencia alcohólico, adminístrele chlordiazepóxido CIH.

¿Qué debe hacer posteriormente?

A la mañana siguiente se practica al paciente una endoscopia de vías altas, la cual revela la presencia de varices esofágicas y gastritis moderada sin signos de hemorragia activa. Se le practica escleroterapia para prevenir recidivas hemorrágicas por varices esofágicas. Existen otras opciones en caso de que la hemorragia no pudiera controlarse de forma conservadora: la técnica de ligadura de varices con bandas elásticas mediante endoscopia, las sondas de taponamiento esofagogástrico, y la derivación portosistémica transyugular intrahepática. Al Sr. Juan J. se le instaura tratamiento con espirolactona (25 mg por vía oral dos veces al día) y furosemida (20 mg una vez al día) para eliminar el exceso de líquido.

El Sr. Juan J. toleró la técnica de la esclerosis sin complicaciones ni recidiva hemorrágica. Al cabo de 4 días se le da el alta con un informe para el dietista y el especialista en drogadicción. ■