

Protocolos de Atención para Medicina Interna (Gastro)

Volumen II



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

Protocolos de Atención para Gastroenterología

Santo Domingo, D. N.
Marzo 2016

Ministerio de Salud Pública

Título original:

Protocolos de Atención para Gastroenterología, Volumen I

Coordinación editorial:

Dr. Francisco Neftaly Vásquez B.

Copyright © Ministerio de Salud Pública. La mencionada institución autoriza la utilización y reproducción de este documento para actividades académicas y sin fines de lucro. Su contenido es el resultado de las consultas realizadas con los expertos de las áreas y las sociedades especializadas involucradas, tras el análisis de las necesidades existentes en torno al tema en el Sistema Nacional de Salud.

ISBN: 978-9945-591-33-0

Formato gráfico y diagramación:

Tyrone Then

Impresión:

Primera edición:

Impreso en República Dominicana

Marzo, 2016



EQUIPO RESPONSABLE

Grupo formulador

Sociedad Dominicana de Gastroenterología

Dr. Plutarco Restituyo
Dra. Virginia García
Dra. Polonia Taveras
Dr. Ricardo Corporán
Dra. Annerys Mercedes
Dr. Julio Camarena Trabeau
Dra. Juana Inés Blanco Díaz
Dra. Yuliany Romero Robles
Dr. Rubén Jiménez Espiritusanto
Dra. Damaris Germán

Unidad de Formulación y Elaboración de Guías y Práctica Clínica y Protocolos de Atención

Servicio Nacional de Salud

CONTENIDO

PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA CIERRE DE COLOSTOMÍA	1
PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA BOCIO Y TIROIDE	17
PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA COLELITIASIS	31
PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA APENDICITIS AGUDA	45
PROTOCOLO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LA DIARREA CRÓNICA	
PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE HEPATITIS CRÓNICA POR VIRUS C	
PROTOCOLO DE MANEJO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA	
PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL SÍNDROME DIARREICO AGUDO	



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

"Año del Fomento de la Vivienda"

000010

30 MAR 2016

RESOLUCIÓN NO. _____

QUE PONE EN VIGENCIA LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN PARA DIVERSOS EVENTOS CLÍNICOS.

CONSIDERANDO: Que los Ministros podrán dictar disposiciones y reglamentaciones de carácter interno sobre los servicios a su cargo, siempre que no colidan con la Constitución, las leyes, los reglamentos o las instrucciones del Poder Ejecutivo. 

CONSIDERANDO: Que la Ley General de Salud No. 42-01, así como la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social No. 87-01 y sus reglamentos, establecen con claridad que la Garantía de la Calidad es un componente básico de la funciones de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, las cuales son asignadas al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

CONSIDERANDO: Que desde el ejercicio de la función rectora, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debe establecer las directrices que orienten el desarrollo de intervenciones que garanticen la calidad en salud en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana a través de la mejora continua y la satisfacción de las necesidades y requerimientos de la población, impactando positivamente en el perfil salud-enfermedad.

CONSIDERANDO: Que una de las funciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como ente rector del sector salud, establecidas por la Ley General de Salud No. 42-01, es la de formular todas las políticas, medidas, normas y procedimientos que conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones competan al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como responsable de la conducción de las políticas públicas en materia de salud, ha contemplado desde hace varios años en su agenda de prioridades la incorporación de toda una serie de disposiciones y lineamientos orientados a insertar el tema de la calidad en la atención como eje fundamental del quehacer diario de los servicios de salud, y que dichas políticas son parte de los instrumentos mediante los cuales el órgano rector promueve y garantiza la conducción estratégica del Sistema Nacional de Salud, asegurando los mejores resultados y el impacto adecuado en la salud de la población.

CONSIDERANDO: Que es imprescindible que las distintas iniciativas de calidad en salud realizadas a nivel institucional y sectorial, promovidas por las instituciones públicas centrales y locales, desarrolladas con la participación y en consulta con la sociedad civil, guarden la necesaria coherencia con los instrumentos del Sistema Nacional de Salud, funcionando de manera articulada, con la finalidad de elevar la eficacia de las intervenciones colectivas e individuales.

000010

30 Mar 2016

CONSIDERANDO: Que la regulación es un proceso permanente de formulación y actualización de normas, así como de su aplicación por la vía del control y la evaluación de la estructura, de los procesos y de los resultados, en áreas de importancia estratégica, como políticas, planes, programas, servicios, calidad de la atención, economía, financiamiento e inversiones en salud, así como desarrollo de la investigación científica y de los recursos humanos y tecnológicos.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública ha establecido como una prioridad del Sistema Nacional de Salud fomentar la calidad en los productos y servicios que impactan en la salud de la población.

CONSIDERANDO: Que la implantación y apego a protocolos de atención influye de manera directa en la calidad de la atención de los servicios

VISTA: La Constitución dominicana del 13 de junio de 2015.

VISTA: La Ley Orgánica de la Administración Pública, No. 247-12 de fecha 14 de agosto del 2012. 

VISTA: La Ley General de Salud, No. 42-01 del 8 de marzo de 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, No. 87-01 de fecha 8 de mayo del 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley de la Estrategia Nacional de Desarrollo, No. 1-12 de fecha 25 de enero del 2012.

VISTA: La Ley del Sistema Dominicano para la Calidad, No. 166-12 del 19 de junio de 2012.

VISTA: La Ley que crea el Sistema Nacional de Salud, No. 123-15 de fecha 16 de julio de 2015.

VISTO: El Decreto No. 434-07, que establece el Reglamento General de Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas, de fecha 18 de agosto del 2007.

En virtud de las atribuciones que me confiere la Ley General de Salud No. 42-01, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

PRIMERO: Se instruye con carácter de obligatoriedad a todos los servicios y establecimientos de salud públicos, privados, patronatos y ONG a acatar el uso de protocolos de atención para los principales eventos en el proceso asistencial, como herramientas operativas fundamentales para mejoría continua de la calidad de los servicios prestados.

000010

30 MAR 2016

SEGUNDO: Se ordena la puesta en vigencia de los siguientes protocolos de atención:

1. Protocolo de Atención quirúrgica para Apendicitis Aguda.
2. Protocolo de Atención para Cierre de Colostomía.
3. Protocolo de Atención Quirúrgica para Bocio Tiroideo.
4. Protocolo de Atención para Hernia Inguinal.
5. Protocolo de Atención Quirúrgica para Colelitiasis.
6. Protocolo de Atención para Valorar el Estudio del Receptor de Trasplante.
7. Protocolo de Atención para la Prevención y el Manejo de la Hemorragia Posparto Primaria (HPPP).
8. Protocolo de Atención del Embarazo Ectópico.
9. Protocolo de Atención para el Manejo del Aborto Espontaneo.
10. Protocolo de Atención durante el Parto Normal.
11. Protocolo de Atención de Diagnóstico y Manejo del Desprendimiento Prematuro de Placenta.
12. Protocolo de Atención de Prevención y Tratamiento de la Hipertensión del Embarazo.
13. Protocolo de Atención de Tratamiento del Cáncer de Mama.
14. Protocolo de Atención de Diagnóstico y Manejo de Pancreatitis Aguda.
15. Protocolo de Atención para el Manejo de Colitis Ulcerativa.
16. Protocolo de Atención del Manejo de Enfermedad de Crohn.
17. Protocolo de Atención de Diagnóstico y Tratamiento de la Diarrea Crónica.
18. Protocolo de Atención de Manejo de la Enfermedad Celiaca.
19. Protocolo de Atención para el Tratamiento de Hepatitis Crónica por Virus C.
20. Protocolo de Atención de Diagnóstico y Manejo Sangrado Digestivo Alto No Variceal.
21. Protocolo de Atención de Diagnóstico y Manejo Síndrome Diarreico Agudo.
22. Protocolo de Atención del Manejo de la Esclerosis Múltiple.
23. Protocolo de Atención para el Diagnóstico y Tratamiento de Artritis Reumatoide del Adulto.
24. Protocolo de Atención para el Diagnóstico y Tratamiento de Lupus Eritematoso Sistémico en Adultos.
25. Protocolo de Atención a las Urgencias Psiquiátricas en Pacientes Adultos.
26. Protocolo de Atención para el Tratamiento del Trastorno Bipolar.
27. Protocolo de Atención a las Emergencias por Intoxicación al Uso y Abuso de Sustancias.
28. Protocolo de Atención para el Uso de la Terapia Electroconvulsiva.
29. Protocolo de Atención para el Tratamiento de las Esquizofrenias.
30. Protocolo de Atención para el Manejo de los Trastornos Depresivos en el Adulto.
31. Protocolo de Atención de diarrea en niños y niñas menor de 5 años.
32. Protocolo de Atención de Tratamiento de la Sepsis Neonatal.
33. Protocolo de Atención al Recién Nacido con Síndrome de Dificultad Respiratoria.
34. Protocolo de Atención de neumonía en niños y niñas mayores de 2 meses.
35. Protocolo de Atención para el Uso de la Hormona de Crecimiento.
36. Protocolo de Atención a Niñas y Niños con Sepsis Grave y Choque Séptico.
37. Protocolo de Atención de Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis.

000010

30 MAR 2016

38. Protocolo de Prevención y Atención para Personas Agredidas por Animales Transmisores del Virus de la Rabia.
39. Protocolo de Actuación en Casos Sospechosos de Enfermedad por Virus del Ebola.
40. Protocolo de Enfermería de Esterilización de Equipos y Material Quirúrgico.
41. Protocolo de Atención de Enfermería para la Prevención de Caída en el Adulto Mayor Hospitalizado.
42. Protocolo de Atención de Enfermería para la Seguridad en terapia Nutricional Especializada.
43. Protocolo de Atención de Enfermería para la Promoción de Lactancia Materna.
44. Protocolo de Atención de Enfermería para la Prevención y Cuidado de Ulceras por Presión.
45. Protocolo de Atención de Enfermería para la Valoración y Manejo del Dolor del Paciente Hospitalizado.
46. Protocolo de Atención de Enfermería para Prevención de Bacteriemias Asociadas a la Inserción, Mantenimiento y Retiro de Catéter Periférico y Venoso Central.

TERCERO: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social promoverá el uso de protocolos de atención dentro del Sistema Nacional de Salud, correspondiendo a las Direcciones Regionales de Salud la incorporación de los mismos a los sistemas de aseguramiento de la calidad de la atención de los centros de salud ubicados en sus respectivas jurisdicciones y a las Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud, en tanto representantes locales de la rectoría, las funciones de supervisión y monitoreo del proceso de implementación y cumplimiento.

CUARTO: Se instruye al Viceministerio de Garantía de la Calidad, a crear los mecanismos para dar seguimiento a la aplicación y cumplimiento de la presente disposición.

SEXTO: Se instruye a la Oficina de Acceso a la Información a publicar en el portal web institucional el contenido de la presente disposición.

DADA, FIRMADA Y SELLADA, en Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los Treinta (30) días del mes de MARZO del año dos mil dieciséis (2016).



DRA. ALICIA GARCÍA DE ZEPEDA MARCELINO
Ministra de Salud Pública y Asistencia Social

PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA EL MANEJO DE COLITIS ULCERATIVA

PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA EL MANEJO DE COLITIS ULCERATIVA

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, la colitis ulcerosa es la forma más común de la inflamación intestinal. La incidencia es 1,2 a 20,3 casos/100.000 personas/año y su prevalencia es 7,6 a 246,0 casos/100.000 por año. La colitis ulcerosa (CU) presenta rasgos clínico-patológicos que se superponen y otros que difieren claramente.

En los pacientes con inflamación extensa o grave, u otros problemas como la displasia epitelial o el cáncer en fase crónica, pueden desarrollar complicaciones agudas como la hemorragia grave y el megacolon tóxico. El riesgo acumulado de cáncer colorrectal a los 30 años en los pacientes con colitis ulcerosa crónica puede ser de 20-30%, pero la tasa de incidencia es mucho menor en las series de base poblacional (aproximadamente 2%).

Los factores de riesgo para el cáncer incluyen la larga duración de la enfermedad, independientemente de la actividad clínica; la enfermedad extendida; el inicio de la enfermedad a edad temprana; la inflamación grave; la presencia de colangitis esclerosante primaria y una historia familiar de cáncer colorrectal.

1. OBJETIVO

Este protocolo tiene como objetivo establecer los lineamientos estandarizados, para el tratamiento

oportuno y eficaz a pacientes adultos con colitis ulcerativa por parte del equipo tratante, a fin de disminuir la morbilidad y las complicaciones.

2. EVIDENCIAS

- a. Guías de la Organización Mundial de Gastroenterología. Enfermedad inflamatoria intestinal: una perspectiva global. Junio de 2009.
- b. Guía clínica GETECCU del tratamiento de la colitis ulcerosa elaborada con la metodología GRADE. 2012.

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Médicos generales, médicos especialistas en medicina familiar, medicina interna, gastroenterología y personal de enfermería.

4. POBLACIÓN DIANA

Pacientes de cualquier sexo y edad con episodios diarreicos con sangre, fiebre, leucocitosis, taquicardia, anemia y velocidad de eritrosedimentación (VCG).

5. DEFINICIÓN

La colitis ulcerativa es un tipo de enfermedad inflamatoria intestinal crónica, que afecta de forma difusa la mucosa del colon. La inflamación habitualmente comienza en el recto y se extiende de forma proximal en continuidad hacia el ciego, deteniéndose de forma brusca en la válvula ileocecal.

6. CLASIFICACIÓN (CIE-10 – K51)

De acuerdo a la Clasificación de Montreal, la colitis ulcerosa se clasifica en:

- Proctitis ulcerosa: afección limitada al recto (el límite superior de la inflamación no supera la unión recto-sigmoidea).
- Colitis izquierda: afección limitada al colon izquierdo (el límite superior de la inflamación no supera el ángulo esplénico).
- Colitis extensa (pancolitis): afección que se extiende más allá del ángulo esplénico.
- Colitis en remisión (colitis silente): no hay síntomas de la enfermedad.
- Colitis leve: cuatro o menos deposiciones al día con sangre, sin fiebre, leucocitosis, taquicardia, anemia ni aumento de la VSG.
- Colitis moderada: criterios intermedios entre leve y grave, siempre con signos leves de afección sistémica (véase índice de Truelove-Witts).
- Colitis grave: seis o más deposiciones diarias con sangre, fiebre ($> 37,5$) o taquicardia (> 90 lat./min) o anemia ($Hb < 10,5$ g/dl) o aumento de la VSG (> 30 mm/h), a menudo con signos de afección («toxicidad») sistémica grave.

7. DIAGNÓSTICO

7.1.1 Anamnesis

- a. Interrogar sobre síntomas específicos: diarrea (sangre, mucus), dolor abdominal moderado o severo en el cuadrante izquierdo inferior.
- b. Síntomas generales asociados: fiebre, pérdida de peso, fatiga y otros¹.

Nota: La constipación puede ser un síntoma primario de la CU limitada al recto (proctitis).

7.1.2 Signos y síntomas

Episodios diarreicos con sangre, fiebre, leucocitosis, taquicardia, anemia y aumento de la VSG.

7.2 Análisis de laboratorio, exámenes complementarios y de imágenes.

7.2.1 Pruebas de laboratorio

- a. Exámenes coprológicos seriados y coprocultivos obligatorios.
- b. Clostridium difficile.
- c. Citomegalovirus.
- d. Calprotectina, lactoferrina.
- e. Hemograma completo (HC).
- f. Velocidad de eritrosedimentación, proteína C reactiva.
- g. Electrolitos y albúmina, ferritina, calcio, magnesio, vitamina B12.
- h. AST, ALT.
- i. Cociente normalizado internacional (INR), bilirrubina, albúmina.
- j. Virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- k. Anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (p-ANCA) y anticuerpos anti-Saccharomyces cerevisiae (ASCA) para los casos de EII no Clasificados.

Nota: Pruebas p-ANCA positivas y para ASCA negativas sugieren CU.

- l. Para excluir TBC intestinal (en áreas de alta probabilidad pre test) realizar prueba cutánea (PPD).

7.2.2 Imagenología y endoscopia1

- a. Placa simple de abdomen:
- b. Colonoscopia
- c. Endoscopia gastrointestinal alta
- d. Imagenología de cortes transversos: enteroscopia TC y enteroscopia RM.

8. CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- a. Seis o más deposiciones diarias con sangre.
- b. Fiebre ($> 37,5$).
- c. Taquicardia (> 90 lat./min) o anemia ($Hb < 10,5$ g/dl).
- d. Aumento de la VSG (> 30 mm/h).
- e. Signos de afección («toxicidad») sistémica grave.
- f. Perforación.
- g. Hemorragia digestiva masiva.
- h. Megacolon toxico sin respuesta al tratamiento médico.
- i. Carcinoma documentado o fuerte sospecha.

9. MANEJO CLINICO Y FARMACOLÓGICO

9.1 Colitis distal

- a. 5-ASA tópico
- b. Supositorio (1 g/d)
- c. Espuma o enemas (1-4 g/d)

9.2 Colitis izquierda

- a. Mesalazina enemas (hasta ángulo esplénico)
- b. Mesalazina espuma o enemas (rectosigmoides)
- c. Proctitis
- d. Mesalazina supositorios (Hasta 15-18 cm)

9.2.1 Pacientes con respuesta positiva: terapia de mantenimiento por un año con 5-ASA rectal 3, tres veces por semana (enemas de mesalazina). Si mantiene actividad, aumentar la dosis de mantenimiento o adicionar 5-ASA oral 2-4 g/d. La combinación de ambas tiene mejor efecto.

9.2.2 Pacientes con respuesta negativa: agregar 5-ASA oral, agregar o cambiar a esteroides rectales. Si no responde, realizar VEDB y exámenes para determinar extensión, sobreinfección, Crohn.

9.2.3 Pacientes refractarios:

- a. Prednisona oral 40– 60 mg/d, inmunomoduladores o terapia biológica con infliximab con un régimen de inducción de 5 mg/kg en las semanas cero, segunda y sexta.
- b. Actividad de leve a moderada.
- c. 5-ASA oral en dosis de cuatro g/día.
- d. Corticoides tópicos y/u orales.

9.3 Colitis ulcerosa extensa leve

- a. Siempre tratamiento oral.
- b. Sulfasalazina (4 g). Asociar siempre al ácido fólico.
- c. 5-ASA derivados (mesalazina, de 3 a 6 g).

Nota: *El tratamiento con mesalazina es eficaz en la remisión en los brotes leves o moderados de CU.*

- d. Evaluar la respuesta del paciente a las dos semanas de tratamiento.

9.3.1 Respuesta clínica: si existe respuesta clínica, administrar de ocho a 16 semanas y, posteriormente, dejar dosis de mantenimiento. Si no existe respuesta, iniciar un tratamiento de crisis moderada.

9.4 Colitis ulcerosa extensa moderada

- a. Requiere de tratamiento con esteroides. Asociar el tratamiento local si existe colitis distal o un cuadro clínico compatible con compromiso rectal en pacientes con colitis extensa.
- b. Administrar Prednisona 1 mg/kg.
- b. Evaluar la respuesta entre la primera y la segunda semanas de tratamiento.
- c. Si existe respuesta clínica, disminuir la dosis según el programa (5 –10 mg/semana hasta los 20 mg, luego 2.5 –5 mg/semana).

Nota: 6-MP 0.75 – 1.5 mg/kg/d y AZA 2 – 2.5 mg/kg/d son eficaces para los pacientes que no responden a los esteroides orales y continúan en un estadio moderado de la enfermedad.

9.4.1 Terapia de mantenimiento

- Uso de salicilatos orales.
- De 3-4 g/día de Sulfasalazina por vía oral, en dosis igualmente divididas; y de 0.8-1.6 g/día de Mesalazina son efectivos como tratamiento de mantenimiento.
- La mejor tolerancia de la Mesalazina la hace primera elección.
- El tratamiento con Mesalazina es eficaz para inducir la remisión en los brotes leves o moderados de la CU. La Mesalazina es tan eficaz como la Sulfasalazina y con menos efectos adversos.

- Los pacientes no deben ser tratados con esteroides de manera permanente.
- 6-MP 0.75 – 1.5 mg/kg/d y AZA 2 – 2.5 mg/kg/d pueden ser útiles para los pacientes dependientes de esteroides y para el mantenimiento de la remisión no sostenida adecuadamente por aminosalicilatos y, ocasionalmente, para los pacientes que son dependientes de los esteroides, pero que no se encuentran en la fase aguda de la enfermedad.

9.5 Colitis ulcerosa severa

- En el manejo de esta condición, la prioridad es salvar al paciente y, si es posible, también su colon.
- Descartar factor infeccioso: coprocultivo, examen parasitológico de heces, toxina clostridium difficile.
- CMV (biopsias).
- La colonoscopia está contraindicada.

9.6 Uso de otras opciones:

9.6.1 Ciclosporina

- La respuesta es de 60 –85%, siendo la efectividad es de 2 mg/kg, con menores eventos adversos.
- Realizar control de magnesio y colesterol.
- Realizar control de niveles plasmáticos.
- Respuesta de cuatro a cinco días.
- Si existe respuesta:
 - a. Iniciar el tratamiento con ciclosporina por vía oral, dividido en dos dosis de 5-8 mg/kg, durante tres semanas o tres meses.
 - b. Disminuir las dosis en el tratamiento con esteroides.
 - c. Inicio de AZA – 6-MP.
- Cuidado con *Pneumocystis jiroveii* y *Aspergillus fumigatus*.

- Posibles complicaciones: infecciones oportunistas, nefrotoxicidad, hipertensión arterial, convulsiones y temblores.

Nota: *La ciclosporina no está indicada en pacientes que no han respondido previamente al tratamiento con AZT – 6-MP.*

9.6.2 Terapia biológica:

- Manejar con Infliximab.
- Indicado para el paciente con colitis grave y resistencia al tratamiento por vía oral, consistente en una dosis máxima de Prednisona, aminosalicilatos orales y medicamentos tópicos.
- Dosis de 5 mg/kg en las semanas cero, dos y seis.
- La respuesta es más favorable en CU severa no complicada.
- Efectivo para los pacientes refractarios a esteroides o dependientes de los esteroides a pesar de las dosis adecuadas de Tiopurina, o que son intolerantes a estos medicamentos.
- Está contraindicado en pacientes con infección activa, tuberculosis latente no tratada, trastorno desmielinizante preexistente, neuritis óptica, ICC grave o tumores malignos actuales o recientes.
- No es recomendable indicar Infliximab en pacientes que no han respondido a la terapia con corticoides + Ciclosporina.
- No es recomendable indicar Ciclosporina en pacientes que no han evolucionado favorable con Infliximab + esteroides.
- El riesgo de eventos adversos con esta triterapia es de 15 – 80%.

9.6 Indicaciones del tratamiento quirúrgico

a. En situación de emergencia:

- Perforación.
- Hemorragia digestiva masiva.
- Pacientes con megacolon tóxico que no responde al tratamiento médico máximo convencional, que presenta síntomas menos severos pero médicamente intratables o efectos secundarios de los medicamentos intolerables.
- Carcinoma documentado o fuerte sospecha.

b. En situación de urgencia:

- Crisis grave sin respuesta al tratamiento médico.

c. De forma electiva:

- Falta de respuesta.
- Dependencia y complicación con esteroides.
- Merma en la calidad de vida.
- Retardo del crecimiento.
- Displasia.

10. CRITERIOS DE EGRESO

- a. Disminución en el número de deposiciones.
- b. Ausencia de moco o sangre en las deposiciones.
- c. Ausencia de dolor y fiebre.
- d. Sensación de bienestar.
- c. Vómitos
- d. Escapes de secreción intestinal por el drenaje
- e. Dolor o molestia abdominal
- f. Malestar general
- g. Dificultad respiratoria

11. INFORMACIÓN AL PACIENTE Y A SUS FAMILIARES

La información a los pacientes acerca de su condición debe incluir:

- a. La localización de los centros de referencia para atención especializada.
- b. La importancia de la adherencia a tratamientos y autocuidados.
- c. Detalles de todos los procedimientos y tratamientos.
- d. Las instrucciones para la recuperación de tratamientos ambulatorios.

12. ALGORITMO

13. BIBLIOGRAFÍA

1. Recomendaciones del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa sobre el uso de fármacos antifactor de necrosis tumoral α en la enfermedad inflamatoria intestinal (2013).
2. Directrices colitis ulcerosas en adultos (update): American College Of Gastroenterology, comité de parámetros de práctica. 2012.
3. Guías mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología. Enfermedad inflamatoria intestinal: una perspectiva global. Junio de 2009.
4. Guía clínica GETECCU del tratamiento de la colitis ulcerosa elaborada con la metodología Grade, 2012.
5. Herramienta AGREE II, la cual fue utilizada en todas las guías revisadas en este protocolo. 2009.

ANEXOS

Clasificación de la Colitis Ulcerosa según Montreal o Truelove

	Leve	Moderada	Severa
Materia sanguinolenta/día	< 4	4 o más si	≥ 6 y
Pulso	< 90 lpm	≤ 90 lpm	> 90 lpm o
Temperatura	< 37.5 °C	≤ 37.8 °C	> 37.8 °C o
Hemoglobina	> 11.5 g/dL	≥ 10.5 g/dL	< 10.5 g/dL o
VES	< 20 mm/h	≤ 30 mm/h	> 30 mm/h o
O PCR	Normal	≤ 30 mg/L	> 30 mg/L

PCR, proteína C reactiva; VES, velocidad de eritrosedimentación.

Extensión de colitis ulcerativa	Anatomía
E1 Proctitis ulcerativa	Limitado a recto (15 cms), distal unión rectosigmoideas
E2 Colitis izquierda	Compromiso distal al ángulo esplénico
E3 Colitis extensa	Se extiende proximal al ángulo esplénico

ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA DEL INFliximab

Cuidados de enfermería previos

- Llevar a cabo el ingreso hospitalario.
- Registrar posibles alergias medicamentosas.
- Monitorizar y registrar las constantes vitales previas: frecuencia cardíaca (FC), tensión arterial (TA) y temperatura (T^a).

- Pesar y tallar al paciente.
- Informar al paciente del procedimiento que se le va a realizar.

Preparación del fármaco

- Hay que tener en cuenta que la dosificación puede variar en función de las indicaciones terapéuticas.
- Cada vial contiene 100 mg de infliximab liofilizado.
- Los viales deben ser conservados entre 2-8 °C. No congelar.
- Reconstituir con agua para inyección dirigida hacia la pared del envase (10 ml de agua estéril para cada vial de medicación). Utilizar técnica aséptica.
- No agitar, para facilitar la dilución se girará el vial suavemente entre las manos.
- Dejar reposar durante cinco minutos.
- Comprobar que la solución resultante sea incolora o amarillo claro y opalescente. No utilizar si existen partículas no traslúcidas o alteraciones de color.
- Completar hasta 250 ml con suero fisiológico al 0.9%, preferiblemente en envase de cristal, para evitar el PVC.
- Utilizar en las tres primeras horas tras la reconstitución.

Administración

- Colocar al paciente una vía venosa periférica.
- Si existe prescripción de premedicación (en general, antihistamínicos), esta será administrada 30 minutos antes de comenzar la perfusión de infliximab.
- La perfusión de infliximab se realizará durante un periodo no inferior a dos horas y a no más de 2 ml/hora (preferiblemente con BPC).

- No mezclar con otros medicamentos ni perfundir al mismo tiempo otros preparados.
- Finalizada la perfusión, administrar S.F. (15-20 ml) para asegurar la administración completa del fármaco.
- Monitorizar las constantes vitales del paciente cada 30 minutos durante el tratamiento: FC, TA y T^a, hasta finalizar la perfusión.
- Vigilar la aparición de reacciones a la infusión (enrojecimiento de la piel, prurito, disnea, dolor en el pecho, hipotensión).

Complicaciones Potenciales

- Reacciones inmediatas: se han descrito reacciones de tipo anafiláctico, de intensidad variable, que pueden requerir tratamiento oral, IV o incluso de reanimación cardiopulmonar. Ante la aparición de una reacción adversa, es preciso detener la infusión y avisar al facultativo. La actuación dependerá de la gravedad de la reacción.
- Reacciones tardías: reacciones alérgicas tardías (fiebre, enrojecimiento de la piel, cefalea, dolor muscular o articular), infecciones oportunistas (tuberculosis, infecciones virales, neumonía, sepsis), tumores (linfomas), problemas de coagulación sanguínea, afecciones neurológicas, alteraciones hepáticas o reacciones de tipo lupus.

Natalizumab

Las dosis usuales de natalizumab son de 300 mg administrados por perfusión intravenosa a lo largo de una hora, una vez cada cuatro semanas.

Se debe reconsiderar detenidamente la continuación del tratamiento en pacientes que no muestren signos de beneficio terapéutico después de seis meses.

Certolizumab

La dosis inicial recomendada de certolizumab para pacientes adultos es de 400 mg (en dosis de dos inyecciones subcutáneas de 200 mg cada una). en lastolizumab semanas 2 y 4. (Nota: no entiendo la frase en verde, favor revisar). En los pacientes con una apropiada respuesta clínica, las dosis de mantenimiento recomendadas son de 400 mg cada cuatro semanas.

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN
DE MANEJO DE ENFERMEDAD
DE CROHN**

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE MANEJO DE ENFERMEDAD DE CROHN

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Crohn es una forma de enfermedad intestinal inflamatoria de origen desconocido, que quizás tiene un componente autoinmune, en la cual el sistema inmunitario del individuo ataca su propio intestino produciendo inflamación. Afecta por lo regular a los intestinos, pero puede ocurrir en cualquier parte del Sistema Digestivo, desde la boca hasta el extremo del recto (ano). El intestino delgado y sobretodo el íleon terminal, resultan afectados en casi el 75% de los casos y solo alrededor de 15 a 25% comprenden únicamente el colon.

Puede afectar a personas de cualquier edad, pero la mayoría de los pacientes son adultos jóvenes entre los 16 y los 40 años. Afecta a hombres y mujeres por igual y parece ser más común en algunas familias. Un 20% de las personas que padecen la enfermedad de Crohn tienen un pariente, un hermano o hermana más frecuentemente y, a veces, el padre, la madre o un hijo que tiene algún tipo de enfermedad inflamatoria intestinal.

La incidencia y prevalencia varían notablemente en las diferentes áreas geográficas, siendo más alta la incidencia en personas de raza blanca y más baja en asiáticos (2,14). Tiene una distribución bimodal respecto a la edad de incidencia, con un pico en la segunda-tercera

década, seguido de un segundo pico menor en las últimas décadas de la vida. En Norteamérica, la edad media de diagnóstico es de 33,4 a 45 años, con una edad media de 29,5 años (14). La prevalencia puede estimarse aproximadamente en 10 a 20 veces la incidencia y la mortalidad no difiere de la del resto de la población.

1. OBJETIVO

El presente protocolo de atención tiene como objetivo establecer el conjunto de estándares necesarios para el manejo oportuno y eficaz de pacientes adultos afectados por la enfermedad de Crohn, por parte del equipo tratante, para disminuir las complicaciones, morbilidad y mortalidad.

2. EVIDENCIAS

- a. Manejo de la enfermedad de Crohn en adultos (update): American College Of Gastroenterology, Comité de Parámetros de Práctica. 2012.
- b. Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología. Enfermedad inflamatoria intestinal: una perspectiva global. Junio de 2009.
- c. Guía clínica para el manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal en adultos. 2011.

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Médicos generales, médicos especialistas en medicina familiar, medicina interna, gastroenterología y personal de enfermería.

4. POBLACIÓN DIANA

Pacientes de uno y otro sexo y adultos con diarrea alternada con estreñimiento, fiebre y dolor abdominal o ya diagnosticado con enfermedad de Crohn.

5. DEFINICIÓN

La enfermedad de Crohn (EC) es un tipo de enfermedad inflamatoria intestinal crónica que puede afectar a cualquier zona del tracto digestivo, desde la boca hasta el ano. Las áreas que con mayor frecuencia presentan la enfermedad son el íleon terminal y el ciego; pero puede afectar únicamente al recto e incluso, aunque más raramente, manifestarse aisladamente en la orofaringe.

6. CRITERIOS PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

6.1 Signos y síntomas

- a. Diarrea (sangre, moco), dolor abdominal moderado o severo en el cuadrante izquierdo inferior y constipación.
- b. Síntomas generales asociados: fiebre, pérdida de peso, fatiga y otros.

6.2 Pruebas de laboratorio

- a. Exámenes coprológicos seriados y coprocultivos obligatorios.
- b. *Clostridium difficile*.
- c. Citomegalovirus.

- d. Calprotectina, lactoferrina.
- e. Hemograma completo (HC).
- f. Velocidad de eritrosedimentación, proteína C reactiva.
- g. Electrolitos y albúmina, ferritina, calcio, magnesio, vitamina B12.
- h. AST, ALT.
- i. Cociente normalizado internacional (INR), bilirrubina, albúmina.
- j. Virus de Inmunodeficiencia humano (VIH).
- k. Anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (p-ANCA) y anticuerpos anti-Saccharomyces cerevisiae (ASCA) para los casos de EII no clasificados.
- l. Pruebas p-ANCA negativas y para ASCA positivas sugieren EC.
- m. Para excluir TBC intestinal (en áreas de alta probabilidad pre test): prueba cutánea (PPD).

6.3 Imagenología y endoscopia

- a. Placa simple de abdomen.
- b. Colonoscopia.
- c. Endoscopia gastrointestinal alta.
- d. Imagenología de cortes transversos: enteroscopia TC y enteroscopia RM.
- e. Endoscopia con capsula.

7. MANEJO FARMACOLÓGICO

7.1 Enfermedad activa de leve a moderada

- Ileal, ileocólica o colon: Mesalamina oral, de 3.2 a 4 g por día.
- Enfermedad ileocólica o colónica: Sulfasalazi-

na3-6 g por día, en dosis divididas.

- Metronidazol 10-20 mg/k por día, en pacientes que no responden a la Sulfasalazina.
- Enfermedad activa limitada al íleon y/o colon derecho: Budesonida de liberación ileal controlada 9 mg por día.

Nota: *El tratamiento antituberculoso no ha resultado eficaz en la inducción de la remisión, ni en el mantenimiento de la remisión en pacientes con EC.*

7.2 Enfermedad de moderada a grave

- Administración de 40-60 mg por día de Prednisona, hasta la resolución de los síntomas y la reanudación de la ganancia de peso (generalmente en un período de 7-28 días).
- En caso de infección o absceso administrar Metronidazol en dosis de 500 mg cada 8 horas; o 750 mg de Ciprofloxacina cada 24 horas; o drenaje (percutáneo o quirúrgico) según juicio del facultativo.

Nota: *Los agentes inmunosupresores AZA, en dosis de 2,5 mg/kg/d; y 6-MP, en dosis de 1,5 mg/kg/d, son eficaces para el mantenimiento de la remisión inducida por esteroides.*

Una dosis de 25 mg/semana de metotrexato IV es eficaz para EC dependiente y/o refractaria al tratamiento con esteroides.

Los anticuerpos monoclonales anti-TNF, in-

fliximab, adalimumab y certolizumab pegol son eficaces en el tratamiento de EC, de moderada a severamente activa, en pacientes que no han respondido a pesar de la terapia completa y adecuada con GCS o un agente inmunosupresor.

- Terapia de inducción con infliximab: 5 mg/kg IV en las semanas cero, segunda y sexta. Mantenimiento: 5 mg/kg IV, cada 8 semanas.
- Terapia de inducción con adalimumab: 160 mg SC en la semana cero y 80 mg s/c a la semana 2. Mantenimiento: 40 mg SC, semana por medio.
- Certolizumab pegol, 400 mg, administrado en dosis de dos inyecciones subcutáneas de 200 mg cada una en las segunda y cuarta semanas.
- Natalizumab 300 mg, administrados por perfusión intravenosa a lo largo de una hora, una vez cada cuatro semanas.

Nota: La monoterapia con *Infliximab* e *Infliximab* en combinación con *Azatioprina* son más eficaces que la *Azatioprina* en el tratamiento de pacientes con EC de moderada a severa que no han respondido a la terapia de primera línea con *Mesalamina* y/o *corticosteroides*.

El *Infliximab*, el *Adalimumab* y el *Certolizumab* pegol pueden ser utilizados como alternativas a la terapia de esteroides, en pacientes seleccionados en los que los corticoides están contraindicados o no deseados.

La terapia con los anticuerpos anti-integrina alfa 4 y Natalizumab, (300 mg IV una vez cada cuatro semanas) es eficaz en el tratamiento de pacientes con EC, de moderada a severamente activa, que han tenido una respuesta inadecuada o no pueden tolerar terapias convencionales para EC ni anti-TNF (anticuerpos monoclonales que inhiben el Factor de Necrosis Tumoral o TNF, por sus siglas en inglés).

7.3 Manejo clínico de la enfermedad grave o fulminante

- Deben ser hospitalizados los pacientes con persistencia de los síntomas relacionados con la enfermedad de Crohn a pesar de la introducción de los esteroides orales convencionales o anti-TNF (infliximab o adalimumab), o los que presentan fiebre alta, vómitos frecuentes, evidencia de obstrucción intestinal, dolor de rebote, caquexia o evidencia de absceso.
- La exploración quirúrgica se justifica para los pacientes con obstrucción intestinal o con masa abdominal.
- Una masa abdominal debe ser evaluada mediante ecografía transabdominal, resonancia magnética o TC para descartar la presencia de un absceso. Los abscesos requieren de drenaje quirúrgico percutáneo o abierto.
- El apoyo nutricional a través de la alimentación elemental o hiperalimentación parenteral está indicado, después de 5-7 días, para los pacientes que no pueden mantener los requerimientos nutricionales adecuados.

7.4 Manejo clínico de la enfermedad perianal y fistulizante

- La supuración aguda es una indicación para drenaje quirúrgico.
- La enfermedad perianal no supurativa, la fistulización crónica y la fisura perianal son tratadas médicamente con antibióticos: Metronidazol 500 mg cada 8 horas o Ciprofloxacina 750 mg cada 24 horas; así como con inmunosupresores o Infliximab.

7.5 Terapia de mantenimiento

- La Budesonida en dosis de 6 mg al día reduce el riesgo de recaída en la enfermedad de Crohn activa en el íleon y/o en la enfermedad de colon derecho; pero no proporciona beneficios significativos después de seis meses de tratamiento.
- Los corticosteroides convencionales no deben ser utilizados como agentes a largo plazo para prevenir la recaída.
- La Sulfasalazina y la Mesalamina no han tenido beneficios de mantenimiento consistentes después de la terapia de inducción médica.

8. INDICACIONES PARA CIRUGÍA

- Tratamiento de complicaciones.
- Enfermedades médicamente refractarias.
- Hemorragia intratable.
- Perforación.
- Obstrucción persistente o recurrente.
- Absceso no susceptible de drenaje percutáneo.
- Displasia (cáncer) o una enfermedad fulminante que no responde.

Nota: *Pacientes que tienen EC luminal activa y no mejoran en un período de siete a diez días de terapia intensiva deben ser considerados como posibles candidatos para cirugía.*

9. CRITERIOS DE EGRESO

- Disminución en el número de deposiciones.
- Ausencia de moco o sangre en las deposiciones.
- Ausencia de dolor y fiebre.
- Sensación de bienestar.

10. INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES

- Explicación detallada acerca de las implicaciones y la naturaleza de la enfermedad de Crohn.
- Asesoría sobre estilo de vida y alimentación.
- Descripción de posibles tratamientos.
- Asesoría para seguimiento y contacto con el servicio de salud.

11. ALGORITMO

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología. Enfermedad inflamatoria intestinal: una perspectiva global. Junio de 2009.
2. Manejo de la enfermedad de Crohn en adultos (update): American College Of Gastroenterology, comité de parámetros de práctica. 2012.
3. Guía clínica para el manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal en adultos. 2011.
4. Huang M, Ran Z, Xu X, Tong J, Xiao S. [Evaluación de la eficacia y seguridad de adalimumab en la enfermedad de Crohn]. Chinese Journal of Gastroenterología 2011; 16 (7): 413-418.
5. Clark W, Raftery J, Song F, Barton P, Cummins C, Fry-Smith A, torceduras A. Revisión sistemática y evaluación económica de la eficacia de infliximab para el tratamiento de la enfermedad de Crohn. Evaluación de Tecnologías Sanitarias de 2003; 7 (3): 1-78.
6. Fraquelli M, Colli A, G Casazza, Paggi S, Colucci A, Massironi S, P Duca, Conte D. El papel de Estados Unidos en la detección de la enfermedad de Crohn: meta-análisis. Radiology 2005; 236 (1): 95-101.

ANEXOS

Anexo 1.

Clasificación de la enfermedad de Crohn según Montreal o Truelove

	Leve	Moderada	Severa
Materia sanguinolenta/día	< 4	4 o más si	≥ 6 y
Pulso	< 90 lpm	≤ 90 lpm	> 90 lpm o
Temperatura	< 37.5 °C	≤ 37.8 °C	> 37.8 °C o
Hemoglobina	> 11.5 g/dL	≥ 10.5 g/dL	< 10.5 g/dL o
VES	< 20 mm/h	≤ 30 mm/h	> 30 mm/h o
O PCR	Normal	≤ 30 mg/L	> 30 mg/L

PCR, proteína C reactiva; VES, velocidad de eritrosedimentación.

Clasificación	Montreal
Edad diagnóstico	A1: menor de 16 años. A2: entre 17 y 40 años. A3: mayor de 40 años
Localización	L1: ilegal. L2: clónico. L3: ileo-colónico. L4: digestivo superior aislado
Comportamiento	B1: no estenosante, ni penetrante. B2: estenosante. B3: penetrante. P: enfermedad perianal.

Anexo 2.

ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA DE INFLIXIMAB

CUIDADOS DE ENFERMERIA PREVIOS

- Efectuar el ingreso hospitalario.
- Registrar posibles alergias medicamentosas.
- Monitorizar y registrar las constates vitales previas: frecuencia cardiaca (FC), tensión arterial (TA) y temperatura (T^a).
- Pesar y tallar al paciente.
- Informar al paciente acerca del procedimiento que se le realizará.

PREPARACION DEL FÁRMACO

- La dosificación puede variar en función de las indicaciones terapéuticas.
- Cada vial contiene 100 mg de infliximab liofilizado.
- Los viales deben conservarse a una temperatura de entre 2-8 ° C. No congelar.
- Reconstituir con agua para inyección dirigida hacia la pared del envase (10 ml de agua estéril para cada vial de medicación). Utilizar una técnica aséptica.
- No agitar. Para facilitar la dilución, se girará el vial suavemente entre las manos.
- Dejar reposar durante cinco minutos.
- Comprobar que la solución resultante sea incolora o amarillo claro y opalescente. No utilizar si existen partículas no traslúcidas o alteraciones de color.
- Completar hasta 250 ml con suero fisiológico al 0.9%, preferiblemente en envase de cristal, para evitar el PVC.
- Utilizar en las tres primeras horas tras la reconstitución.

ADMINISTRACIÓN

- Colocar al paciente una vía venosa periférica.
- Si existe prescripción de premedicación (en general antihistamínicos), esta será administrada 30 minutos antes de comenzar la perfusión de infliximab.
- La perfusión de infliximab será realizada durante un periodo no inferior a 2 h y a no más de 2 ml/hora (preferiblemente con BPC).
- No mezclar con otros medicamentos ni perfundir al mismo tiempo preparados adicionales.
- Finalizada la perfusión, aplicar al paciente de 15 a 20 ml de solución fisiológica (SF) para asegurar la administración completa del fármaco.
- Monitorizar las constantes vitales del paciente (FC, TA y T^a) cada 30 minutos durante el tratamiento, hasta finalizar la perfusión.
- Vigilar la aparición de reacciones a la infusión (enrojecimiento de la piel, prurito, disnea, dolor en el pecho o hipotensión).

COMPLICACIONES POTENCIALES

- Reacciones inmediatas: han sido descritas reacciones de tipo anafiláctico, de intensidad variable, que pueden requerir de tratamiento oral, IV o incluso de reanimación cardiopulmonar. Ante la aparición de una reacción adversa, es preciso detener la infusión y avisar al facultativo. La actuación dependerá de la gravedad de la reacción.
- Reacciones tardías: alérgicas (fiebre, enrojecimiento de la piel, cefalea, dolor muscular o articular), infecciones oportunistas (tuberculosis, infecciones virales, neumonía, sepsis), tumores (linfomas), problemas de coagulación sanguínea, desórdenes neurológicos, trastornos hepáticos o respuestas de tipo lupus.

NATALIZUMAB

Las dosis usuales de natalizumab son de 300 mg administrados por perfusión intravenosa a lo largo de una hora, una vez cada cuatro semanas. Se debe reconsiderar detenidamente la continuación del tratamiento en pacientes que no muestren signos de beneficio terapéutico después de seis meses.

CERTOLIZUMAB

La dosis inicial recomendada de certolizumab para pacientes adultos es de dos inyecciones subcutáneas de 200 mg cada una (400 mg en total) administradas en las segunda y cuarta semanas. En los pacientes en los que se obtiene una respuesta clínica, las dosis de mantenimiento recomendadas son de 400 mg cada cuatro semanas.

ADALIMUMAB

El régimen de dosificación inicial recomendado para pacientes adultos con enfermedad de Crohn activa, de moderada a grave, es de 80 mg en la semana cero seguido de 40 mg en la segunda semana.

En caso de que sea necesaria una respuesta más rápida a la terapia, se puede cambiar la posología a 160 mg en la semana cero (esta dosis puede administrarse mediante cuatro inyecciones en un día o con dos inyecciones por día durante dos días consecutivos), seguido de 80 mg en la segunda semana, siendo consciente del mayor riesgo de reacciones adversas durante el inicio del tratamiento. Después de iniciar el tratamiento, la dosis recomendada es de 40 mg administrados en semanas alternas mediante inyección subcutánea.

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN
DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO
DE PANCREATITIS AGUDA**

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE PANCREATITIS AGUDA

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda (PA) continúa siendo uno de los cuadros clínicos frecuentes entre las causas de hospitalización de pacientes adultos. Los pacientes con la condición pueden presentar complicaciones de gran morbilidad, mortalidad y alto costo hospitalario.

Estudios recientes muestran que la incidencia mundial de PA varía entre 4.9 y 73.4 casos por cada 100,000 habitantes, con tendencia al aumento, aunque las estadísticas varían de un país a otro.

Datos epidemiológicos de altas hospitalarias a nivel nacional muestran que los internamientos por PA aumentaron de 40 por 100,000, en 1998; a 70 por 100,000, en 2002.

Aunque la tasa de morbilidad por PA ha disminuido con el tiempo, la tasa de mortalidad de la población general por PA se ha mantenido invariable.

En nuestro país todavía no se cuenta con estadísticas que permitan establecer la prevalencia de la PA, pero puede estimarse la magnitud del problema teniendo en cuenta que, en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Francisco Moscoso Puello (HFMP), es recibido mensualmente un promedio de dos a tres pacientes con este cuadro clínico.

Actualmente, varios aspectos del tratamiento continúan siendo controversiales: el método de evaluación de la gravedad, la profilaxis antibiótica, el momento óptimo y la forma de reiniciar la alimentación oral.

1. OBJETIVO

El presente protocolo tiene como objetivo establecer los estándares para el diagnóstico y el tratamiento de pacientes adultos con pancreatitis aguda, a ser utilizados por los equipos tratantes, a fin de disminuir la morbilidad, las complicaciones y la mortalidad.

2. EVIDENCIAS

- a) Guías Práctica Clínica, Colegio Americano de Gastroenterología: Manejo de Pancreatitis Aguda, 2013.
- b) Documento de consenso: Recomendaciones para el manejo en cuidados intensivos de la pancreatitis aguda. SEMICYUC, 2012.
- c) Guías Práctica Clínica Pancreatitis Aguda. Working Group of the Italian Association for the Study of the Pancreas on Acute Pancreatitis. *Pancreatology* 2010. 10:523–535.
- d) Diagnóstico y Tratamiento de la Pancreatitis Aguda. México: Secretaría de Salud. 2009.

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Médicos generales, médicos especialistas en medicina familiar, medicina interna, gastroenterología, emergenciológica y personal de enfermería.

4. POBLACION DIANA

Pacientes de cualquier sexo y edad con dolor abdominal típico, elevación de amilasa mayor de tres veces e imagen confirmatoria en ecografía abdominal.

5. DEFINICIONES

- 5.1 Pancreatitis aguda: inflamación aguda del páncreas con grado variable de compromiso de los tejidos regionales y diferentes grados de compromiso sistémico.
- 5.2 Falla de órganos en pancreatitis aguda: incluye compromiso cardiovascular, respiratorio o renal. Un puntaje de 2 o más en la clasificación modificada de Marshall, define la falla orgánica de manera simple.

6. CLASIFICACIÓN CLÍNICA (CIE 10-K85)

En su revisión de 2013, el consenso de Atlanta clasifica la pancreatitis aguda de la siguiente forma:

- Pancreatitis leve: no existe falla orgánica ni necrosis pancreática.
- Pancreatitis moderadamente severa: presenta falla orgánica no persistente o complicaciones locales como necrosis.
- Pancreatitis severa: se define como la que no resuelve en 24 h (persistente). Ocurre en un 15-20% de los casos, causando fallo orgánico y muerte.

7. DIAGNÓSTICO

7.1. Diagnóstico Clínico:

Presencia de 2 o 3 de los siguientes criterios:

- Dolor abdominal transfixiante consistente con la enfermedad (epigastrio o hipocondrio izquierdo con irradiación a espalda o flancos), acompañado de náuseas y vómitos.
- Elevación de la amilasa y/o lipasa sérica más de tres veces el límite superior normal.
- Alteraciones estructurales, tanto del páncreas como de tejidos adyacentes, identificadas mediante estudios de imágenes.

7.2 Exámenes complementarios:

7.2.1 Bioquímicos

Hemograma, hematocrito, perfil hepático completo (bilirrubina total, directa e indirecta, fosfatasa alcalina, transaminasas (TGO, TGP), función renal (BUN, creatinina), electrolitos (Na, K, Ca), LDH, glucemia y gases arteriales, proteína C reactiva (PCR). Además, tiempos de coagulación (PT, PTT, INR), si el paciente es candidato a la realización de exámenes invasivos.

7.2.2 Estudio de imágenes

- a. Ecografía de abdomen.
- b. Radiografía de abdomen.
- c. Tomografía Axial Computarizada (TAC) de abdomen con contraste será realizada en pacientes clínicamente inestables con sospecha de necrosis pancreática, luego de las 72 horas de inicio del cuadro. Sólo será indicada en forma temprana en caso de duda diagnóstica de pancreatitis.

8. CRITERIOS DE INGRESO

- a. Obesidad (IMC mayor o igual 30 kg/mt²).
- b. Edad mayor de 55 años.
- c. Falla orgánica al momento de ingreso.
- d. Derrame pleural.

9. MANEJO DE PANCREATITIS AGUDA

9.1 Manejo inicial y prevención de complicaciones

9.1.1. Pancreatitis leve:

- a. Manejo adecuado del dolor.
- b. Suprimir ingesta por vía oral, restablecerla cuando el dolor se controle y aparezcan signos de tránsito intestinal.
- c. Manejo adecuado de líquido.
- d. Determinar etiología.

9.1.2 Pancreatitis aguda severa:

- a. Se manejará solo en el nivel especializado de atención.
- b. Monitoreo y soporte por parte de un equipo médico multidisciplinario compuesto por intensivistas, gastroenterólogos e imagenólogos.
- c. Colocar sonda vesical y un catéter venoso central.

Nota: Sólo se utilizará una sonda nasogástrica cuando se presente vómito o íleo.

- d. Utilizar O₂ suplementario de acuerdo con la necesidad de cada paciente, determinada por su saturación arterial (oximetría de pulso).
- e. Dar aporte de líquidos endovenosos que garantice un mantenimiento del gasto urinario mayor de 0,5 ml/kg por hora realizar manejo apropiado de los electrolitos.

- f. Resucitar con volúmenes de 250 - 500 ml/hora de solución cristaloide isotónica, preferentemente lactato de Ringer. Reevaluar los requerimientos de líquidos a partir de las seis horas del ingreso del paciente y durante las siguientes 24 a 48 horas.
- g. Usar una de las siguientes opciones de antibióticos:
 - Imipenem: 500-1000 mg c/ 6-8 horas o meropenem 1000 mg c/ 8 horas
 - Ciprofloxacino: 500mg c/ 12 horas IV + metronidazole 500mg c/ 8 horas

Nota: *En caso de microorganismos no sensibles a los fármacos profilácticos, deberán seguirse las recomendaciones del antibiograma.*

- h. Realizar punción de la necrosis pancreática con aguja fina para cultivo bacteriológico; así como hemocultivos, urocultivos y cultivos de secreciones, según el caso. Si los cultivos son negativos, la profilaxis antibiótica deberá ser suspendida; empero, si son positivos, será mantenida durante 14 días.
- i. Recibir apoyo permanente del departamento de Nutrición
- j. Restablecer vía oral cuando se controle el dolor y aparezcan signos de tránsito intestinal, dieta sólida, baja en grasa o blanda que resulte segura y efectiva desde el primer día de realimentación.

9.2 Analgesia

- Dolor de baja intensidad, Metamizol magnésico: en dosis de 2 g cada ocho horas, por vía IM o IV lenta.
- Dolor importante Tramadol, de 50 a 100 mg cada seis u ocho horas, IV. No sobre pasar los 400 mg/día.

- En casos de dolor muy severo, utilizar analgésicos opiáceos a dosis de 6-8 mg de morfina IV.

Nota: *Cuando no se logre un adecuado control del dolor con las medidas iniciales, se hará una interconsulta con la Clínica del Dolor.*

9.3 Indicación de la colecistectomía en pacientes con PA de origen biliar

Luego de la recuperación de un cuadro de pancreatitis biliar durante el mismo ingreso hospitalario.

En los casos de pancreatitis severa, la realización del procedimiento deberá ser retrasada hasta que la respuesta inflamatoria y la recuperación clínica alcancen los niveles apropiados.

9.4 Tratamiento endoscópico de la pancreatitis biliar **Realizar colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, en caso de:**

- Pancreatitis grave.
- Colangitis.
- Evidencia de coledocolitiasis o probabilidad alta o intermedia alta, según el riesgo calculado de acuerdo con los criterios de perfil hepático y de hallazgos imagenológicos.

El procedimiento será realizado en las primeras 72 horas después del inicio del dolor. Se practicará una papilotomía en los pacientes con coledocolitiasis, con signos de colangitis o de ambas patologías. Cuando no se logre liberar la obstrucción, será colocado un stent biliar.

10. CRITERIOS DE EGRESO

- a. Estabilización de signos vitales.
- b. Niveles normales de hematocritos, leucocitos, creatinina, urea y calcio.
- c. Nivel hidroelectrolítico estable.
- d. Saturación de oxígeno dentro de los límites normales.
- e. Radiografía de tórax sin signo de derrame pleural.
- f. Ausencia de fiebre.
- g. Tolerancia a la ingesta oral.

11. INFORMACIÓN PARA PACIENTES Y FAMILIARES

La información acerca de la condición del paciente deberá incluir:

- a. La localización de los centros de referencia para atención especializada.
- b. La importancia de la adherencia a tratamientos y autocuidados.
- c. Detalles de todos los procedimientos y tratamientos.
- d. Las instrucciones para la recuperación de tratamientos ambulatorios.

12. ALGORITMO DE MANEJO CLÍNICO DE LA PANCREATITIS AGUDA



12. BIBLIOGRAFÍA

1. United Kingdom guidelines for the management of acute pancreatitis. Gut 1998;42 (suppl 2):S1-S13.
2. Guía práctica para el manejo de la Pancreatitits aguda. Club del Páncreas de la República Argentina (www.pancreasclub.com.ar).
3. Advances in managing acute pancreatitis, M. DiMagno, E. Wamsteker. A. DeBenedet. Medicine Reports 2009, 1:59 (doi:10.3410/M1-59).
4. Pancreatitis aguda: experiencia de cinco años en el Hospital General de México R. Sánchez-Lozada, M. Camacho-Hernández, R. Vega-Chavaje. Gac Méd Méx Vol. 141 No. 2, 2005.
5. The Management of Acute and Chronic Pancreatitis. P. Banks, Gastroenterology & Hepatology Volume 6, Issue 2, Supplement 5. February 2010.
6. Diagnóstico y Tratamiento de la Pancreatitis aguda. Secretaria de Salud. México. 2009.
7. Analgesia and sedation in acute pancreatitis. J. Gil Cebriána, M P. Bello Cámarab, J C. Rodríguez Yáneza, A. Fernández Ruiza. Med Intensiva.2003;27:118-30 - Vol. 27, Núm. 2.

ANEXOS

Tabla 1. Escala de Marshall modificada para falla orgánica

SCORE	0	1	2	3	4
RESPIRATORIO ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$)	>400	301-400	201-300	101-200	<101
RENAL (Creatinina sérica)	<1,4	1,4 - 1,8	1,9 - 3,6	3,6 - 4,9	> 4,9
CARDIOVASCULAR (Presión arterial sistólica en mm Hg)	> 90	< 90 Responde a fluidos	< 90 no responde a fluidos	< 90 pH < 7,3	< 90 pH < 7,2

Tabla 2. Criterio de Ranson de severidad para pancreatitis aguda

Al ingreso.	Durante las primeras 48 horas
• 55 >Edad años.	• Descenso del hematocrito > 10 %.
• > Conteo de leucocitos $\sim 16 \times 10^9/\text{L}$.	• >Aumento de urea sérica $\sim 1,8 \text{ Mmol/L}$.
• 11 Mmol/L />Glucemia L.	• 60 mmol< Calcio sérico Hg.
• 350>DHL sérica UI/L.	• 60 mm Hg< PaO_2 Hg.
• 250>TGO sérica UI/L	• Déficit de bases > 4 mEq/L.
	• Secuestro líquido 6000 ml >estimado

PUNTUACIÓN A → APS total (Acute Physiology Score) : suma de las 12 variables									
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
Frecuencia cardíaca	≥180	140-179	110-139		70-109		55-69	40-54	≤39
TA media	≥160	130-159	110-129		70-109		50-69		≤49
Tª rectal (axial +0.5°C)	≥41	39-40.9		38.5-38.9	36-38.4	34-35.9	32-33.9	30-31.9	≤29.9
Frecuencia respiratoria	≥50	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		≤5
Escala de Glasgow : puntuar 15- Glasgow actual									
Oxigenación...elegir									
a) Si FIO2≥0.5 anotar PA-aO2	≥500	350-499	200-349		<200 >70	61-70		55-60	<55
b) Si FIO2<0.5 anotar PaO2									

Tabla 3. Escala BISAP

SCORE	PUNTAJE
Urea > 25 mg/dl	1
Alteración del estado mental	1
Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS)	1
Edad > 60 años	1
Presencia de efusión pleural	1

Se considera a un paciente con pancreatitis severa si tiene un score BISAP > 2

Tabla 4.

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
DE LA DIARREA CRÓNICA**

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIARREA CRÓNICA

INTRODUCCIÓN

La diarrea crónica es un síndrome de gran complejidad clínica que frecuentemente deben enfrentar médicos generales, internistas y gastroenterólogos. El diagnóstico diferencial es muy amplio y, en ocasiones, encontrar la causa precisa puede ser difícil, costoso y frustrante.

La prevalencia exacta de la diarrea crónica es desconocida. De acuerdo con estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia en niños a nivel mundial es de 3% a 5%. En adultos, los datos son menos confiables. La amplia variabilidad de criterios en la definición y el subregistro de los servicios de salud en los diferentes países, especialmente en adultos, hace imposible estimar la prevalencia e incidencia de esta enfermedad.

Basándose en la frecuencia aumentada de las defecaciones como criterio diagnóstico (el parámetro más ampliamente usado), la prevalencia de diarrea crónica en Estados Unidos es aproximadamente un 5%. Los factores de riesgos son edad, estado nutricional, giardiasis y uso de antibióticos.

1. OBJETIVO

El presente protocolo de atención tiene como objetivo establecer el conjunto de intervenciones para el diagnóstico y el manejo de cuadros de diarrea crónica en pacientes adultos para disminuir complicaciones, morbilidad y mortalidad, por parte del equipo tratante.

2. EVIDENCIAS

The role of endoscopy in the management of patients with diarrhea. (revised 2010 May). NGC: 009191 American Society for Gastrointestinal Endoscopy.

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Médicos generales, médicos especialistas en gastroenterología, medicina interna, emergenciología y personal de enfermería.

4. POBLACION DIANA

Pacientes adultos con evacuaciones frecuentes, acuosas sin dolor abdominal de tres a cuatro deposiciones diarias por más de cuatro semanas.

5. DIAGNÓSTICO

La diarrea crónica se define como las heces de consistencia disminuida durante al menos cuatro semanas. En estos casos, el número de deposiciones diarias es habitualmente de tres o más y el peso total de las heces es superior a 250 g/día. El primer paso es confirmar la existencia de diarrea crónica verdadera, descartando una falsa diarrea o una diarrea funcional asociada al síndrome de intestino irritable.

6. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

6.1 Historia clínica:

6.1.1 Anamnesis o antecedentes personales:

- a. Edad y forma de comienzo (aguda/gradual).
- b. Relación de la diarrea con alimentos.

- c. Pérdida de peso.
- d. Esteatorrea.
- e. Características de las heces: consistencia, volumen, color, número, distribución horaria y productos patológicos; forma líquida, expulsión explosiva, ácida; intolerancia a azúcares; abundantes, brillantes, pálidas, fétidas, frecuentes, pequeñas, con moco y/o sangre, asociadas a tenesmo y con ritmo nocturno; restos vegetales sin digerir y con moco, sin dolor, sólo diurnas, que empeoran a lo largo del día y alternan episodios de diarrea con normalidad y/o estreñimiento.
- f. Escapes: incontinencia fecal.
- g. Presencia de otros síntomas o signos acompañantes: pérdida de peso o retraso en el crecimiento, infecciones recurrentes.
- h. Disminución del apetito, vómitos, dolor abdominal, hemorragia digestiva.
- i. Manifestaciones extra digestivas: fiebre, artralgias, cambio de carácter, astenia, alteraciones dermatológicas.
- j. Alimentación: café, leche, jugos de frutas.
- k. Ejercicio.
- l. Intervenciones y enfermedades previas.
- m. Ingesta de fármacos y/o antibióticos previo al inicio de la diarrea.
- n. Viajes al extranjero.
- o. Antecedentes familiares.
- p. Enfermedad inflamatoria.
- q. Celiaquía.
- r. Intolerancia a la lactosa.

- s. Fibrosis quística.
- t. Síndrome de intestino irritable.
- u. Neoplasia endocrina múltiple.

6.1.2 Exploración física:

- a. Aspecto general: hidratación, coloración piel y mucosas, edemas, fenotipo.
- b. Valoración del estado nutricional: peso, talla.
- c. Lesiones cutáneas: acrodermatitis, atopia, eritema nodoso.
- d. Abdomen: distensión, ruidos intestinales, dolor a la palpación, masas y organomegalias.
- e. Inspección anal: fisuras y/o fístulas, eritema, pliegues cutáneos.
- f. Otros: aftas orales, iritis, artritis.

6.2 Pruebas de laboratorio

- a. Hemograma.
- b. Bioquímica: glucemia, urea, creatinina, proteínas totales, metabolismo férrico, inmunoglobulinas, TSH.
- c. Serología de enfermedad celíaca (IgA transglutaminasa e IgA o IgG antigliadina deaminada; mayores de dos años (IgA transglutaminasa).
- d. VSG y PCR.
- e. Coprocultivo.
- f. Parásitos.
- g. Toxina Clostridium Difficile (si ha habido un uso previo de antibióticos y diarrea sanguinolenta).
- h. Cribado de azúcares (en casos que sugieran malabsorción de azúcares).
- i. Urocultivo, calprotectina fecal.

6.3 Prueba complementarias

- a. Ecografía abdominal
- b. Biopsia intestinal cuando resulta positivo la Prueba de la D-xilosa.
- c. Pruebas radiológicas del intestino delgado mediante enteroclis.
- d. Pruebas de aliento del hidrógeno con glucosa (prueba de la H₂-glucosa) o lactulosa (prueba de la H₂-lactulosa) o, mediante la prueba de aliento de ¹³C-xilosa.
- e. Colonoscopia con exploración de íleon terminal cuando no se consigue hacer el diagnóstico.
- f. Prueba de la D-xilosa para diferencial entre mala digestión y mala absorción.
- g. Pruebas de maldigestión.
- h. La cuantificación de grasa fecal y la prueba de aliento con triglicéridos marcados (¹³C-triglicéridos).
- i. La cuantificación de la concentración de elastasa pancreática en una muestra aislada de para diferenciar el origen pancreático del extrapancreático de la diarrea.

7. CRITERIOS DE INGRESO

- a. Deshidratación o afectación nutricional grave.
- b. Alteración hidroelectrolítica.

8. TRATAMIENTO

- a. Retirar zumos de frutas, especialmente los comerciales por el alto contenido en azúcares.
- b. Prescribir una dieta equilibrada normocalórica.
- c. No indicar dietas pobres en grasas.
- d. No emplear inhibidores del peristaltismo intestinal.
- e. Evitar el empleo indiscriminado de antibióticos.

9. CRITERIOS DE EGRESO

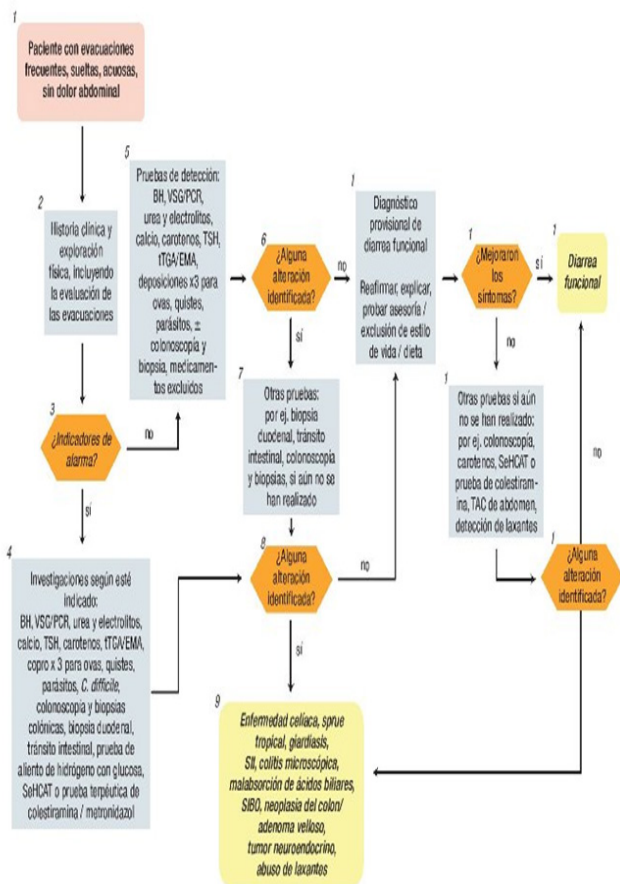
- a. Pacientes con esquema de hidratación completo.
- b. Signos vitales en límites normales.
- c. Control de episodios diarreicos.
- d. Pruebas de laboratorio y electrolitos en límites normales.

10. INFORMACIÓN PARA PACIENTES Y FAMILIARES

La información acerca de la condición del paciente deberá incluir:

- a. La localización de los centros de referencia para atención especializada.
- b. La importancia de la adherencia a tratamientos y autocuidados.
- c. Detalles de todos los procedimientos y tratamientos.
- d. Las instrucciones para la recuperación de tratamientos ambulatorios.

11. ALGORITMOS



11.2 Algoritmo para el manejo de la diarrea crónica



13. BIBLIOGRAFÍA

1. The role of endoscopy in the management of patients with diarrhea. (revised 2010 May). NGC:009191. American Society for Gastrointestinal Endoscopy.
2. Fine KD, Seidel RH, Do K. The prevalence, anatomic distribution, and diagnosis of colonic causes of chronic diarrhea. *Gastrointest Endosc* 2000; 51: 318-26.
3. Phillips SF. Surreptitious laxative abuse: keep it in mind. *Semin Gastrointest Dis* 2000; 10: 132-7.
4. Shah RJ, Fenoglio_Preiser C, Bleau BL, Giannella RA. Usefulness of colonoscopy with biopsy in the evaluation of patients with chronic diarrhea. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 1091.
5. Talley NJ, Weaver AL, Zinsmeister AR, Melton LJ. Self-reported diarrhea: what does it mean? *Am J Gastroenterol* 2004; 89:1160-4.
6. Chronic Diarrhea. An evidence-based approach. DDW 2007, Joseph Sellin, MD UTMB, Galveston Tx.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE HEPATITIS CRÓNICA POR VIRUS C

PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE HEPATITIS CRÓNICA POR VIRUS C

INTRODUCCIÓN

La hepatitis C es una de las enfermedades más prevalentes a nivel mundial. La prevalencia mundial de la HVC es de 170 millones de personas, con mayor incidencia en el norte de África, Asia Central y Oriental, Oriente Medio, América Latina y Europa del Este. La infección aguda es asintomática. De un 15-30% de las personas infectadas eliminan el virus espontáneamente en un plazo de seis meses sin necesidad de tratamiento; mientras, el 55-85% restante evoluciona a una infección crónica. De estos casos, un 25% puede degenerar en cirrosis y, un 5%, en cáncer de hígado. Las mujeres que se exponen a procedimientos quirúrgicos contraen más frecuentemente la hepatitis C que los hombres. El número de cirugías está relacionado con la transmisión de la enfermedad.

En República Dominicana se registra una prevalencia de HVC en bancos de sangre de 0.19%; pero el porcentaje aumenta considerablemente en poblaciones especiales como los pacientes en hemodiálisis, los adictos a la heroína y las personas con hepatopatía crónica con criterios de trasplante. El genotipo más frecuente es el 1, con 80% de los casos; le sigue el 2, con 18%. Hay pocos casos de los genotipos 3 y 4. El sexo más frecuente es el femenino y las principales vía de transmisión son los procedimientos quirúrgicos y las transfusiones sanguíneas.

Existen cinco virus principales de hepatitis (A, B, C, D y E). Los tipos B y C originan enfermedad crónica, son la causa más común de cirrosis hepática y cáncer de hígado. Estas dos variantes de la enfermedad causan aproximadamente el 80 % de los casos de cáncer de hígado en todo el mundo y matan anualmente a 1,4 millones de personas y afecta alrededor de 150 millones de personas. La Organización Mundial de la Salud, la considera como una “bomba de tiempo viral” en su fase crónica y puede tener graves consecuencias para los pacientes y los sistemas de salud pública. Parte de la dificultad del diagnóstico reside en que ésta es una enfermedad altamente asintomática o con síntomas difusos como cansancio o fatiga. Aproximadamente el 70-80% de las personas con Hepatitis C lo desconocen, dado que los síntomas suelen presentarse en estados avanzados de la enfermedad, en la mayoría de los casos.

1. OBJETIVO

Estandarizar el tratamiento de las personas con hepatitis crónica por virus C (HVC) para disminuir las complicaciones y la mortalidad.

2. EVIDENCIAS

- AASLD 2014-2015: Asociación Americana para el Estudio de las Enfermedades del Hígado.
- EASL: Asociación Europea para el Estudio del Hígado, 2015.
- Literatura médica básica: Medline, CCO, Cochcrane, Instrumento Grade
- Guideline EASL y Management of Hepatitis C, 2011.

- EASL Guideline: Management of Hepatitis C, 2012.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), junio de 2011.
- Liver International, vol. 31, agosto de 2011.
- AASLD/IDSA: Recommendation for Testing, Managing, and Treating HVC 2014.

3. DEFINICION

La infección por el virus de la hepatitis C (VHC), crónica se define como la presencia de un proceso inflamatorio difuso del hígado, causado por distintas etiologías, en su evolución crónica pueden aparecer de una manera progresiva lesiones histológicas hepáticas: hepatitis crónica, cirrosis y hepatocarcinoma, así como complicaciones clínicas, por la hipertensión portal y deterioro analítico de la función hepática.

4. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Médicos generales, médicos especialistas en medicina interna, en medicina familiar, gastroenterología y urólogos.

5. POBLACIÓN DIANA

Pacientes de cualquier sexo y edad con diagnóstico de hepatitis por virus C.

6. CLASIFICACIÓN CLÍNICA

a) Según grupos de riesgo:

Pacientes con elevada prioridad para tratamiento debido a un mayor riesgo de complicaciones graves:

- Fibrosis avanzada (Metavir F3), o cirrosis compensada (Metavir 4).
 - Trasplante de órganos.
 - Crioglobulinemia.
 - Síndrome nefrótico o glomerulonefritis membranoproliferativa.
- b) Pacientes con alta prioridad para el tratamiento debido a riesgos significativos de complicaciones:**
- Metavir F2.
 - Con infección por VIH.
 - Virus de la hepatitis B.
 - Diabetes mellitus tipo 2.
 - Enfermedades hepáticas coexistentes.
 - Porfiria cutánea.

7. MECANISMO DE TRANSMISIÓN

7.1 La transmisión del VHC ha sido vinculada a:

- Consumo de drogas inyectables y por vía intranasal.
- Transfusiones de sangre.
- Uso de hemoderivados contaminados.
- Esterilización inadecuada de equipos médicos.
- Accidentes biológicos, como pinchazos con agujas utilizadas en pacientes infectados.
- Tatuajes, perforaciones, acupuntura y mesoterapia realizados sin los controles sanitarios adecuados.
- Transmisión vertical a través de madres infectadas. (No hay transmisión por lactancia materna).
- Vía sexual.
- Uso compartido de afeitadoras, alicates para las uñas y cepillos de dientes.

7.2 Personas con elevado riesgo de transmisión

- Personal sanitario
- Hombres con prácticas sexuales de alto riesgo con otros hombres
- Usuarios de drogas inyectables
- Usuarios de drogas inhaladas
- Personas con hemodiálisis a largo plazo
- Personas privadas de libertad

8. DIAGNÓSTICO

Test serológico basado en los anticuerpos que se producen frente al virus (anti-HVC). Un anti-HVC positivo realizar un HVC ARS.

8.1 Determinación del genotipo y la carga viral para valorar el pronóstico y decidir el tratamiento.

a) Diagnóstico del daño hepático

- **Biopsia hepática**

Determina el grado de fibrosis y la actividad necroinflamatoria. El grado de fibrosis se clasifica por medio de la escala Metavir, la cual que comprende cinco estadios, de F0 (sin fibrosis) a F4 (cirrosis).

- **Elastografía transitoria**

Ofrece información sobre la rigidez hepática. Es una tecnología diagnóstica rápida, no invasiva. No se recomienda para grados de fibrosis intermedia. Un valor superior a 13 kilopascales (kPa) indica un grado de fibrosis F4.

8.2 Pruebas serológicas de fibrosis: las más usadas son el FIB-4 y el APRI.

9. TRATAMIENTO

9.1 Tratamiento de la HVC crónica según genotipos:

- a) Genotipo 1:** pacientes nuevos (naive), no respondedores y recurrentes sin cirrosis (PEGIFN):

Figura 1

Figura 2

Figura 3

Figura 4

9.2 Forma de presentación de los medicamentos:

- Interferón alfa-2a: inyectable, con 180, 135 o 90 g de pegIFN-a2, en inyección subcutánea una vez por semana.
- Ribavirina: tabletas de 200 mg en dosis de 15 mg por kilogramo de peso.
- Sofosbuvir: 400 mg una vez al día, en la mañana.
- Sofosbuvir/declatasvir: cada comprimido contiene 400 mg de sofosbuvir y 90 mg de ledipasvir. La dosis es de una pastilla una vez al día, en la mañana.
- Simeprevir: un comprimido de 150 mg una vez al

día, en la mañana.

- 3D (Viekira Pak): paritaprevir de 12.5 mg/ ritonavir de 50 mg/ ombitasvir de 75mg, en un comprimido. La dosis es de dos tabletas al día con alimentos. Debe ser acompañada por una gragea de 250 mg de dasabuvir, dos veces al día.
- Daclatasvir: un comprimido de 30-60 mg una vez al día, en la mañana.

9.3 Respuesta virológica sostenida (RVS) y curación de la enfermedad

En un período de 12 a 24 semanas después de finalizado el tratamiento, se realiza una medición de carga viral para VHC (ARN del VHC). Si esta es negativa, se le denomina respuesta virológica sostenida (RVS) y se considera que el paciente ha sido curado de la enfermedad. En pacientes con cirrosis compensada, es necesario realizar las pruebas de vigilancia epidemiológica para el diagnóstico precoz de HCC.

9.4 Contraindicaciones a terapia con IFN y ribavirina

Los regímenes de tratamiento que contienen interferón y ribavirina están absolutamente contraindicados en los siguientes pacientes:

- Pacientes intolerantes al interferón.
- Depresión no controlada.
- Mujeres embarazadas.
- Enfermedades tiroideas.
- Enfermedad hepática descompensada.

- Conteo de neutrófilos <1500, plaquetas <90,000, hemoglobina <10grs.
- Hepatitis autoinmune u otras enfermedades autoinmunes.
- Enfermedad de la retina.
- Historia de enfermedad cardíaca preexistente.

10. PREVENCIÓN

- Continuar las estrategias de control de bancos de sangre.
- Mejorar las condiciones de bioseguridad en centros de salud.
- Educación a la población con las estrategias necesarias para evitar el contagio.

11. INFORMACIÓN A PACIENTES Y CUIDADORES

El HVC no se transmite por estornudos, abrazos o contacto casual. No comparta objetos personales que pueden tener sangre: cepillo de dientes, artefactos dentales, hilo dental, afeitadoras, alicates de uñas ni agujas.

Deseche cuidadosamente elementos que puedan contener sangre o fluidos: pañuelos, algodones, toallas. Cubra las heridas.

El paciente y su pareja deben estar advertidos de no procrear en el periodo de tratamiento y hasta seis meses después de finalizado, si se usare RBV.

Consulte a su médico antes de tomar medicamentos.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, Abraham J, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380:20952128
2. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA). Criterios de selección de agentes antivirales directos para los pacientes con Hepatitis C crónica en situación grave en el SSPA. Junio 2014.
3. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatitis C virus infection. European Association for the Study of the Liver. *J Hepatol* 2014; 60: 392–420.
4. EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2014. Disponible en: www.easl.eu.
5. Muñoz SJ, Reich DJ, Rothstein KD, et al. Curing Decompensated Wait Listed HCV Patients with the New DAAs: The Potential Significant Impact on Liver Transplant Wait List and Organ Allocation. American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD)- Liver Meeting 2015, San Francisco, Abstract

6. EASL Clinical Practice Guidelines. Management of hepatitis C virus infection. J Hepatol 2011;55:245–264.
7. Lavanchy D. Evolving epidemiology of hepatitis C virus. Clin Microbiol Infect 2011;17:107–115.
8. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatitis C virus infection. European Association for the Study of the Liver. Journal of Hepatology 2014 vol. 60 j 392–420
9. Hideki Mizuno, Masao Honda, Takayoshi Shirasaki, Taro Yamashita, Tatsuya Yamashita, Eishiro Mizukoshi¹ and Shuichi Kaneko. Heterogeneous nuclear ribonucleoprotein A2/B1 in association with hTERT is a potential biomarker for hepatocellular carcinoma Article first published online: Liver International. Volume 32, Issue 7, pages 1146–1155, August 2012.
10. Ministerio Salud Pública y Asistencia Social, Normas Nacionales para la Calidad de los Laboratorios Clínicos de Salud Santo Domingo, República Dominicana, 2011 ISBN: 978-9945-436-07-5
11. Almonte C., Núñez R., García V., Pimente R. Prevalencia HVC en hepatopatías crónicas con criterios de trasplante 2006-2007. Revista Sociedad Dominicana Gastroenterología 2008, vol. 8: 12-26.

12. Plutarco Restituyo, Dr. Ricardo Corporan. Enfermedades Hepáticas en República Dominicana. Editora Universitaria UASD. 2013
13. AASLD/IDSA: Recommendation for testing, Managing, and Treating HVC 2014. www.hvcguidelines.org.

ANEXO

Figura 1: Historia natural de las infecciones crónicas

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN
DEL MANEJO DE LA ENFERMEDAD
CELIACA**

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL MANEJO DE LA ENFERMEDAD CELIACA

INTRODUCCIÓN

La enfermedad celíaca (EC) es una forma crónica de enteropatía de mecanismo inmunológico inducida por la ingestión de alimentos que contienen gluten. Afecta el intestino delgado de niños y adultos genéticamente predispuestos. También se la conoce como esprúe celíaco, enteropatía sensible al gluten o esprúe no tropical.

La enfermedad celíaca afecta la mucosa del intestino delgado proximal y la gravedad del daño disminuye gradualmente al aproximarse al intestino delgado distal, aunque en casos graves las lesiones pueden extenderse a zonas más distales

La enfermedad celíaca es común y la padece una de cada cien personas en el mundo, aproximadamente. La epidemiología de la EC se asemeja a un témpano: son muchos más los casos no diagnosticados (por debajo de la línea de flotación) que los diagnosticados (por encima de la línea de flotación).

1. OBJETIVO

Establecer los estándares para el tratamiento de pacientes de cualquier sexo y edad afectados por la enfermedad celíaca para disminuir las complicaciones y morbilidad del paciente.

2. EVIDENCIAS

- a) Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología, 2012. Celiac Disease: Advances in Treatment via Gluten Modification, American Gastroenterological Association. Gastroenterology, 2012.
- b) Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celíaca del adulto: Directrices de la Sociedad Británica de Gastroenterología, 2014.

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Médicos Generales, Médicos especialistas en Gastroenterología, Medicina familiar, Medicina Interna y Enfermería.

4. POBLACION DIANA

Pacientes de cualquier sexo y edad con diagnóstico de enfermedad celíaca.

5. DEFINICION DE LA ENTIDAD

La enfermedad celíacagastro se define como un trastorno crónico de malabsorción intestinal causado por la ingestión del gluten proveniente de los cereales de la dieta (trigo, centeno, cebada y avena contaminada) en individuos genéticamente predispuestos, probablemente debido a una respuesta inmunitaria patológica.

6. DIAGNÓSTICO

6.1 Aspectos clínicos y síntomas clave:

a) En adultos con enfermedad celíaca clásica:

- Diarrea crónica
- Pérdida de peso
- Anemia
- Distensión abdominal
- Lasicitud y malestar
- Edema

b) En niños con enfermedad celíaca clásica:

- Retardo pondoestatural
- Pérdida de peso
- Baja estatura
- Vómitos
- Diarrea
- Dolor abdominal recurrente
- Atrofia muscular
- Intestino irritable
- Hipoproteinemia
- Irritabilidad
- Descontento

c) En adultos y niños con enfermedad celíaca no clásica, la presentación puede ser monosintomática, oligosintomática o de baja intensidad:

- Distensión abdominal
- Dolor abdominal
- Fatiga crónica
- Anemia ferropénica
- Migraña crónica
- Dermatitis herpetiforme
- Neuropatía periférica

- Deficiencia de ácido fólico
- Reducción de la densidad ósea
- Infertilidad inexplicada
- Menarquia tardía
- Aborto inexplicado

6.2 Diagnóstico serológico:

Las pruebas serológicas específicas de la enfermedad celíaca son importantes por dos motivos:

1. Para seleccionar pacientes que ameriten de biopsia
2. Para confirmar el diagnóstico en los casos en que se haya detectado una enteropatía.

Los principales marcadores serológicos son:

1. Los anticuerpos antigliadina (AAG)
2. Los anticuerpos antiendomio (AEM)
3. Los anticuerpos antitransglutaminasa tisular (ATGT)
4. Los anticuerpos frente a péptidos y gliadina.

6.3 Diagnóstico histológico

- Una biopsia intestinal
- Una serología positiva, representa el estándar de referencia en el diagnóstico de la enfermedad celíaca. (Anexo 2).

6.4 Enfermedad celíaca refractaria

El diagnóstico de la enfermedad celíaca refractaria (ECR) se realiza cuando los síntomas persisten, hay atrofia de las vellosidades y falta de respuesta a una dieta libre de gluten. Debe considerarse especialmente en pacientes diagnosticados con EC luego de haber cumplido 50 años.

No existe un tratamiento estándar para la ECR. Las dietas elementales, los esteroides sistémicos, la budesonida oral, la tioguanina oral y la azatioprina son utilizados en su manejo, aunque con beneficios limitados.

7. MANEJO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA

El único tratamiento para la enfermedad celíaca es una dieta estricta libre de gluten de por vida. No ingerir alimentos o medicamentos que contengan gluten de trigo, centeno y cebada o sus derivados, ya que incluso pequeñas cantidades de gluten pueden resultar perjudiciales.

El nutricionista experto evalúa su estado nutricional del paciente y le prescribe una dieta libre de gluten, así como el registro diario del tipo de alimentos a ingerir y frecuencia de consumo.

La mayoría de los pacientes no necesita de una segunda biopsia (postratamiento) si responde satisfactoriamente al tratamiento específico. Tales biopsias son reservadas para pacientes en los que la primera biopsia y las pruebas serológicas no sean concluyentes (por ejemplo, en los casos de enteropatía).

Los siguientes cereales, harinas y almidones libres de gluten están permitidos en la dieta de un paciente con EC:

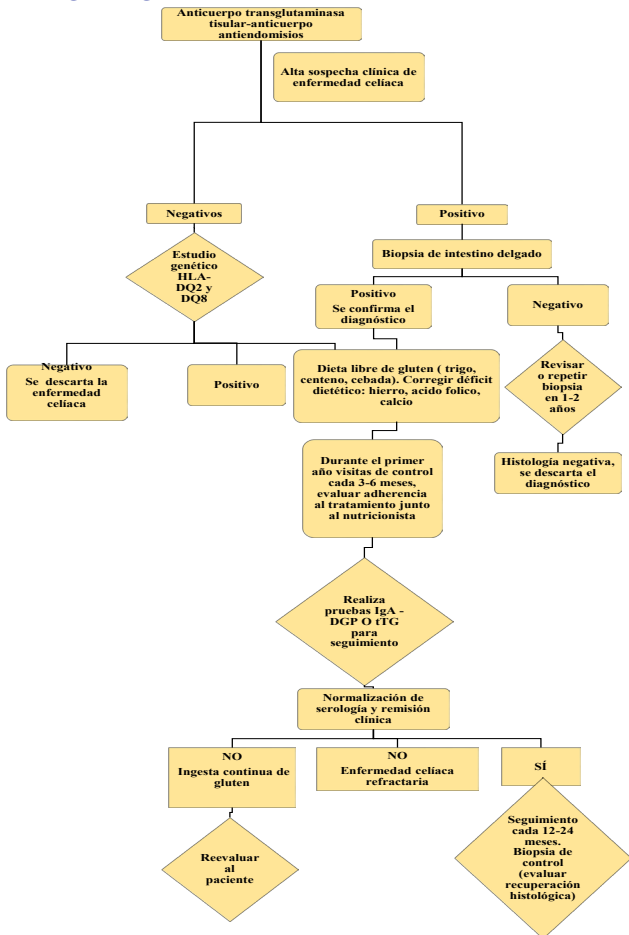
- Amaranto
- Harina de legumbres

- Trigo sarraceno o alforfón
- Maíz
- Garbanzos
- Semillas
- Mijo
- Harina indian ricegrass
- Harina de frutos secos
- Avena (no contaminada)
- Harina de papas
- Almidón de papas
- Quinoa
- Arroz en todas sus variedades
- Harina de sorgo
- Harina de soya
- Tapioca
- Harina de teff

7.1 Posibles razones para la persistencia de los síntomas:

- Ingesta inadvertida de gluten (la de mayor frecuencia)
- Diagnóstico equivocado
- Intolerancia a la lactosa o a la fructosa
- Intolerancia a otros alimentos
- Insuficiencia pancreática
- Colitis microscópica
- Sobrepopulación bacteriana
- Colitis colagenosa o esprúe del colágeno
- Yeyunitis ulcerativa
- Linfoma de células T asociado a enteropatía
- Enfermedad celíaca refractaria
- Síndrome del colon irritable

8. ALGORITMO DE MANEJO DE LA ENFERMEDAD CELIACA



9. BIBLIOGRAFÍA

1. Richard J. Farrell: Celiac Disease and Refractory Celiac Disease; Chapter 104, pages 1797-1822 In: Sleisenger and Fordtran's, Gastrointestinal and Liver Disease, Pathophysiology/Diagnosis/Management, 9na Edition, Volume 2, W.B. Saunders Company 2010.
2. Gujral N, Freeman HJ, Thomson AB. Celiac disease: prevalence, diagnosis, pathogenesis and treatment. World J Gastroenterol. 2012; 18:6036-059. [PubMed]
3. Richard J. Farrell. Celiac sprue and refractory sprue. En: Sleisenger, Fordtran's, eds. Gastrointestinal and Liver disease. 9ª ed. Filadelfia: Saunders; 2010. p. 1797-1823
4. Husby S, Koleztko S, Karponay-Szabó IR, et al. European Society of Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Guidelines for the Diagnosis of Celiac Disease. JPGN. 2012; 54:136-60

ANEXOS

1. Rangos de sensibilidad y especificidad de las pruebas serológicas para diagnóstico de enfermedad celíaca, según revisiones sistemáticas y estudios en poblaciones de bajo y alto riesgo.

	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)
IgA AGA *	<70–91	80–95
IgG AGA *	17–100	80–95
IgA EMA *	75–100	98–100
IgA tTG *†	75–95	91–99
IgA DGP *†	82–96	93–96
IgG DGP †	70–95	99–100
IgA + IgG DGP †	76–97	96–99
IgA e IgG DGP y tTG †	83–100	88–93

Nota: Existe una considerable heterogeneidad entre los estudios. Los datos reportados fueron obtenidos de revisiones sistemáticas (*) [31,50, 51] y de un estudio basado en la población que incluía a poblaciones de alto y bajo riesgo (†) [48,52,53]. AGA: anticuerpos antigliadina; DGP: péptido de gliadina desamidada; EMA: anticuerpos antiendomiso; IgA: inmunoglobulina A; IgG: inmunoglobulina G; tTG: transglutaminasa tisular.

2. Clasificación de Marsh modificada del daño al intestino delgado inducido por el gluten.

Clasificación de Marsh modificada del daño al intestino delgado inducido por el gluten	
Etapa 0	Mucosa preinfiltrativa; hasta el 30% de los pacientes con dermatitis herpetiforme (DH) o ataxia por gluten tiene piezas de biopsia del intestino delgado de aspecto normal.
Etapa 1	Aumento del número de linfocitos intraepiteliales (LIE) a más del 30% enterocitos
Etapa 2	Hiperplasia de las criptas. Además del aumento de LIE, hay un aumento de la profundidad de las criptas sin reducción de la altura de las vellosidades. La estimulación con gluten puede inducir estos cambios, que también se pueden ver en el 20% de los pacientes no tratados con dermatitis herpetiforme y con enfermedad celíaca.
Etapa 3	Atrofia de las vellosidades: A, parcial; B, subtotal; C, total. Esta es la lesión celíaca clásica. Se encuentra en el 40% de los pacientes con DH. A pesar de presentar lesiones marcadas en la mucosa, muchos individuos son asintomáticos y, por tanto, se les clasifica como casos subclínicos o silentes. Esta lesión es característica, pero no patognomónica de la enfermedad celíaca; también se la puede ver con la giardiasis severa, sensibilidad a los alimentos en los lactantes, enfermedad de injerto contra huésped, isquemia crónica del intestino delgado, esprúe tropical, deficiencia de inmunoglobulinas, y otras deficiencias inmunitarias; así como en el rechazo de aloinjertos.

CLASIFICACION DE LOS ALIMENTOS EN FUNCION DE SU CONTENIDO EN GLUTEN

ALIMENTOS SIN GLUTEN

- LECHE Y DERIVADOS: QUESOS, REQUESON, BATA, YOGURES NAURALES Y CUAJADA
- TODO TIPO DE CARNES Y VISCERAS FRESCAS, CONGELADAS Y EN CONSERVA AL NATURAL, CECINA, JAMON SERRANO Y JAMON COCIDO CALIDAD EXTRA
- PESCADOS FRESCOS Y CONGELADOS SIN REBOZAR, MARISCOS FRESCOS Y PESCADOS Y MARISCOS EN CONSERVA AL NATURAL O EN ACEITE
- HUEVOS, HUEVINA
- VERDURAS, HORTALIZAS Y TUBERCULOS
- FRUTAS
- ARROZ, MAIZ Y TAPIOCA, ASI COMO SUS DERIVADOS
- TODO TIPO DE LEGUMBRES
- AZUCAR Y MIEL
- ACEITES Y MANTEQUILLAS
- CAFÉ EN GRANO O MOLIDO, INFUSIONES Y REFRESCOS
- TODA CLASE DE VINOS Y BEBIDAS ESPUMOSAS
- FRUTOS SECOS CRUDOS
- SAL, VINAGRE DE VINO, ESPECIAS EN RAMA Y RANO Y TODAS LAS NATURALES

ALIMENTOS CON GLUTEN

- PAN Y HARINAS DE TRIGO, CEBADA, CENTENO, AVENA, ESPELTA, KAMUT O TRITICALE
- PRODUCTOS MANUFACTURADOS EN LOS QUE ENTRE EN SU COMPOSICION FIGURE CUALQUIERA DE LAS HARINAS YA CITADAS Y EN CUALQUIERA DE SUS FORMAS: ALMIDONES, ALMIDONES MODIFICADOS, FECULAS, HARINAS Y PROTEINAS.
- BOLLOS, PASTELES, TARTAS Y DEMAS PRODUCTOS DE PASTELERIA.
- GALLETAS, BIZCOCHOS Y PRODUCTOS DE PASTELERIA.
- PASTAS ITALIANAS (FIDEOS, MACARRONES, TALLARINES, ETC.) Y SEMOLA DE TRIGO.
- BEBIDAS MALTEADAS.
- BEBIDAS DESTILADAS O FERMENTADAS A PARTIR DE CEREALES: CERVEZA, AGUA DE CEBADA, ALGUNOS LICORES, ETC.

ALIMENTOS QUE PUEDEN CONTENER GLUTEN

- EMBUTIDOS: CHORIZO, MORCILLA, ETC.
- PRODUCTOS DE CHARCUTERIA.
- YOGURES DE SABORES Y TROCITOS DE FRUTA.
- QUESOS FUNDIDOS, EN PORCIONES, DE SABORES Y RALLADOS.
- PATES DIVERSOS.
- CONSERVAS DE CARNES
- CONSERVAS DE PESCADO CON DISINTAS SALSAS.
- CARMELOS Y GOMINOLAS.
- SUCEDANEOS DE CAFÉ Y OTRAS BEBIDAS DE MAQUINA
- FRUTOS SECOS FRITOS Y TOSTADOS CON SAL.
- HELADOS
- SUCEDANEOS DEL CHOCOLATE
- COLORANTE ALIMENTARIO

ROTOCOLO DE ATENCIÓN DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL SÍNDROME DIARREICO AGUDO

ROTOCOLO DE ATENCIÓN DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL SÍNDROME DIARREICO AGUDO

INTRODUCCIÓN

Dado que más del 50% de los episodios diarreicos están relacionados con un agente infeccioso y que en su mayoría son autolimitados, el proceso diagnóstico y el manejo del paciente con diarrea aguda se sustenta en los datos aportados por la anamnesis y la exploración física y, en muy pocas ocasiones, es necesaria la realización de múltiples pruebas complementarias.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), hay alrededor de dos mil millones de casos de enfermedad diarreica a nivel mundial cada año y 1.9 millones de niños menores de cinco años fallecen a causa de diarrea cada año, fundamentalmente en los países en desarrollo.

En los países industrializados, aunque los pacientes que mueren por diarrea son relativamente pocos, esta patología sigue siendo una causa importante de morbilidad y consume fondos sustanciales en servicios de salud. La morbilidad debida a enfermedad diarreica se ha mantenido relativamente constante durante las últimas dos décadas.

1. OBJETIVO

Establecer el conjunto de intervenciones para el diagnóstico y el manejo de cuadros de diarrea aguda en pacientes adultos disminuyendo la morbilidad y mortalidad en estos pacientes.

2. EVIDENCIAS

- Guía World Gastroenterology Organisation (WGO): Diarrea Aguda en adultos y niño: Una Perspectiva mundial, 2012.
- Guía Práctica de la Organización de Gastroenterología

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Médicos generales, médicos especialistas medicina familiar, gastroenterología, emergenciología en medicina interna, médicos/as familiares y enfermería.

4. POBLACION DIANA

Pacientes de cualquier sexo y edad con diagnóstico de síndrome diarreico agudo.

5. DEFINICIONES

Aumento del peso diario de las heces a más de 200 g y presencia de tres o más deposiciones acuosas, disminuidas de consistencia y con menos de cuatro semanas de evolución

Disentería: presencia de sangre visible en las materias fecales.

Diarrea persistente: episodio de diarrea de inicio agudo que dura más de 14 días.

6. DIAGNÓSTICO

6.1 Diagnóstico clínico

La diarrea aguda que no se acompaña de fiebre excluye el cuadro esté en relación con un agente infeccioso, exceptuando el caso de determinados parásitos y hongos.

En aquellos pacientes con mala respuesta al tratamiento sintomático, el estudio diagnóstico incluirá un examen de heces frescas, así como un análisis de sangre rutinario que incluya una fórmula infecciosa en busca de datos de parasitosis (visualización del parásito en sus diferentes formas y eosinofilia).

a. Ingesta de fármacos en los dos meses previos:

- Antibióticos (amoxicilina con ácido clavulánico, ampicilina)
- Antiinflamatorios no esteroideos
- Colchicina
- Laxantes
- Propranolol y antihipertensivos
- Antiácidos con magnesio
- Betabloqueantes
- Hormonas tiroideas
- Toofilina.

b) Datos de isquemia intestinal:

En pacientes con factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, diabetes, tabaquismo, fibrilación auricular) que presentan un cuadro clínico compatible:

- Diarrea
- Dolor postprandial intenso.
- Una vez excluidas otras causas, la prueba de elección es una arteriografía abdominal.

c) Diarrea aguda con síndrome febril

- Fiebre orienta a proceso infeccioso de la diarrea;

- Proceso autolimitado y que la fiabilidad de las diferentes pruebas para determinar agentes es baja, muchas veces no se logra identificar al agente causal
- Existen dos grandes grupos etiológicos en la diarrea aguda infecciosa:
 - Toxinas producidas por un germen (diarrea enterotoxigénica)
 - La invasión parietal (diarrea enteroinvasiva).

d) Diarreas enteroinvasivas:

- Cursan con mayor afectación del estado general (intenso dolor abdominal)
- Período de incubación más prolongado (entre 24 y 48 horas)
- Presencia de productos patológicos en las heces (sangre y pus)
- Datos analíticos de infección (leucocitosis con desviación izquierda).

***Nota:** En la diarrea del viajero se acepta que el paciente inicie el tratamiento antibiótico empírico sin que se le realicen más pruebas complementarias. En caso diarrea aguda origen enterotoxigénico, sea iniciado el tratamiento sintomático sin mayores exploraciones, y se realiza una reevaluación en caso de evolución inadecuada.*

6.2 Diagnóstico de laboratorio

El objetivo inicial en la evaluación diagnóstica en todo paciente con diarrea aguda es establecer una diferencia entre clínicamente severos o que concurren en enfermos con patología subyacente grave y otros de naturaleza benigna y autolimitada.

En general, no está indicada la realización de pruebas diagnósticas específicas, por la escasa sensibilidad diagnóstica y el elevado costo cuando se realizan de forma no dirigida; así como por el carácter benigno de la patología

El análisis de sangre:

- Aporta información respecto a la repercusión de la diarrea sobre el estado del paciente
- Orientar hacia determinados gérmenes, como la *Salmonella*
- Asociada a leucopenia relativa con desviación izquierda.
- La velocidad de sedimentación elevada es la existencia de un proceso inflamatorio subyacente del tipo enfermedad inflamatoria intestinal.
- La calprotectina fecal (CPF) es un marcador fácil y rápido, no invasivo y barato, que podría detectar una enfermedad orgánica en la zona del colon.

El coprocultivo:

- No cubre todos los gérmenes enteroinvasivos
- Se focaliza en *Salmonella* spp., *Shigella* spp. y *Campylobacter* spp.
- En caso de que el cuadro diarreico haya sido precedido de la ingesta de antibióticos (prestar especial atención a clindamicina y betalactámicos) el estudio debe incluir la detección de la toxina de *C. difficile*.

El estudio de leucocitos

- En la muestra fecal permite confirmar la etiología inflamatoria del cuadro y no suele aportar más información
- En aquellos pacientes en los que la diarrea representa un primer brote de enfermedad inflamatoria intestinal. En este caso estaría indicada la realización de una colonoscopia³.

7.3 Criterios de gravedad:

- Presencia de síntomas o signos de depleción de volumen.
- Diarrea sanguinolenta.
- Temperatura > 39 °C.
- Signos de irritación peritoneal o estado séptico.
- Tiempo de permanencia de los síntomas.

7.4 Factores de riesgo:

1. Brote epidémico o no.
2. Uso de antibióticos u hospitalización reciente.
3. Comportamiento sexual.
4. Edad.
5. Pacientes de riesgo (principalmente ancianos, niños, inmunodeprimidos o pacientes con morbilidad marcada).

7.5 Las indicaciones para la colonoscopia son:

- Pacientes con signos o síntomas de proctitis.
- Diarrea sanguinolenta que no mejora en 10 días.
- Comportamiento homosexual.

Tomar muestras para microbiología y para estudio anatomopatológico como enfermedad inflamatoria crónica o colitis isquémica. Hasta el 20% de los casos quedan sin diagnóstico

8. PREVENCIÓN

Usar los alimentos probióticos que contienen microorganismos vivos como *Lactobacillus* GG, *Lactobacillus casei* DN-114 001 y *Saccharomyces boulardii*, son eficaces en el tratamiento de ciertos tipos de diarrea producidas por bacterias o virus.

8.1 Prevención de diarrea mediante vacunas

- *Salmonella typhi*: actualmente se dispone de dos vacunas antitifoidea aprobadas para uso clínico (ambas con una relación costo-beneficio limitada).
- *Vibrio cholerae*: la utilidad se ve limitada por su precio actual, la necesidad de múltiples dosis (por lo menos dos) y la brevedad de su eficacia.
- *Escherichia coli* enterotoxigénica: la vacuna candidata contra ECET más avanzada consiste en una formulación de células enteras muertas, más la subunidad recombinante de toxina B de cólera1.

9. TRATAMIENTO:

El objetivo principal es la recuperación del agua y los electrolitos perdidos a causa de la diarrea. La terapia de rehidratación oral (TRO) consiste en la administración de soluciones apropiadas para corregir la deshidratación. Es un método costo-efectivo para el manejo de la gastroenteritis aguda y reduce la necesidad de internación.

Si la diarrea es leve:

- Administrar al paciente un tratamiento con líquidos, electrolitos y glucosa (solución de la Organización Mundial de la Salud (OMS):
 - 1000 cc de agua
 - 20 g de glucosa
 - 3.5 g de cloruro sódico
 - 2.5 g de bicarbonato sódico
 - 1.5 g de cloruro potásico

9.1 Dieta

- Continuar con la alimentación normal en casos sin signos de deshidratación
- Reintroducirla en cuanto se logre corregir la deshidratación moderada o severa
- Dos a cuatro horas con el empleo de TRO o de rehidratación intravenosa.

Los probióticos, como el *Lactobacillus GG*, son microorganismos vivos que han demostrado tener efectos beneficiosos. El uso de probióticos puede no ser apropiado en situaciones en las que se dispone de recursos limitados, en especial en los países en desarrollo.

Nota: *Suspender temporalmente la ingesta de alimentos con lactosa porque en las diarreas infecciosas se produce un déficit transitorio de lactasa*⁷.

9.2 Los antibióticos están indicados en:

- Afectación clínica severa, patología subyacente grave, ancianos.

- Infección por *Shigella*, *C. difficile* y *V. cholerae*.
- Parasitosis: giardiasis y amebiasis.
- Portadores de prótesis (ortopédicas, vasculares o cardíacas).
- Enterocolitis de transmisión sexual: gonococo, clamidia, sífilis, herpes simple.
- Anemias hemolíticas.

El tratamiento puede ser iniciado con con trimetoprim/sulfametoxazol en dosis de 160/800 mg/12 h (tabletas) o ciprofloxacino 500 mg/12 h (tabletas) durante una semana

9.2 Tratamiento inespecífico de la diarrea

Estos medicamentos ataca las causas básicas o los efectos de la diarrea (pérdida de agua, electrolitos y nutrientes). Los antieméticos son innecesarios y algunos de estos agentes con efectos sedantes dificultan la TRO.

- **La loperamida (4–6 mg/día):**
 - Es el agente de elección para los adultos.
 - Se utiliza en la diarrea del viajero de leve a moderada (sin signos clínicos de invasión).
 - Inhibe la peristalsis intestinal
 - Tiene propiedades antisecretoras leves.
 - No utilizarse en la diarrea sanguinolenta o en la que se sospeche de un componente inflamatorio.
 - La presencia de dolor abdominal importante también sugiere diarrea inflamatoria (y constituye una contraindicación para el uso de la loperamida).

- Los adsorbentes, como caolín-pectina, carbón activado y atapulgita, no utilizar su ineficacia y aumentan los costos.
- No es aconsejable el uso de agentes antidiarreicos (loperamida, codeína, difenoxilato) si se sospecha de un proceso enteroinvasivo por el peligro de aumentar la capacidad invasiva o por la posibilidad de desarrollar un íleo paralítico o megacolon tóxico.

9.4 Agentes antimicrobianos para el tratamiento de la diarrea de causas específicas:

- Cólera en adultos: dosis única de 300 mg de doxiciclina en tabletas o de 1.0 g de azitromicina. Administrar 500 mg de ciprofloxacina, en tabletas o ampollas, cada 12 horas durante tres días o 2.0 g en dosis única.
- Shigellosis en adultos: dosis de 500 mg de ciprofloxacina, dos comprimidos por día durante tres días, o 2.0 g en una única dosis; Indique ceftriaxona en viales, en dosis de 2.0 a 4.0 g una vez por día.
- Amebiasis intestinal invasiva en adultos: 750 mg de metronidazol tres veces al día en tabletas o ampollas, durante cinco días. Aumentar el período de tratamiento a diez días si se trata de una enfermedad severa.
- Giardiasis en adultos: 500 mg de metronidazol tres veces al día en tabletas durante cinco días. Administrar una dosis única de 50 mg/kg de tinidazol en tabletas; o una máxima de 2.0 g de secnidazol en tabletas.

- *Campylobacter* en adultos: 500 mg de azitromicina en una sola dosis diaria durante tres días; igualmente, 500 mg de fluoroquinolonas como la ciprofloxacina, en tabletas o ampollas, en una sola dosis diaria durante tres días.

9.5 Abordaje del manejo de adultos con diarrea aguda

- **Realizar la evaluación inicial.**
- **Manejar la deshidratación.**
- **Evitar la deshidratación en pacientes que aún no presentan signos de deshidratación, utilizando líquidos caseros o SRO:**
 - Rehidratación de los pacientes que ya muestran una cierta deshidratación utilizando SRO y corrección de la deshidratación de los pacientes con una deshidratación severa, administrando líquidos apropiados (lactato de Ringer) por vía intravenosa.
 - Mantener la hidratación utilizando una SRO.
 - Tratamiento de los síntomas (de ser necesario, considerar el subsalicilato de bismuto o la loperamida en la diarrea del viajero sin características disintéricas).
- **Estratificar el manejo posterior:**
 - Pistas epidemiológicas: alimentos, antibióticos, actividad sexual, viajes, asistencia a centro de atención diurna, otras enfermedades, brotes, estación.
 - Pistas clínicas: diarrea sanguinolenta, dolor abdominal, disentería, caquexia, signos de inflamación en materias fecales.

- **Obtener muestra para análisis de materia fecal.**
- **Considerar la terapia antimicrobiana para patógenos específicos.**
- **Notificar a las autoridades sanitarias:**
 - En los brotes, conservar placas de cultivo y aislamiento; congelar las muestras de materias fecales y de agua a - 70°C.
 - Etiologías de declaración obligatoria en el país: cólera, infección por E. coli productora de toxinas Shiga.

10. CRITERIOS DE INGRESO

- Intolerancia para la ingesta oral de líquidos.
- Signos de deshidratación clínica y biológica.
- Pacientes con riesgo de sepsis, en diarreas invasivas.
- Edad > 65 años.
- Fiebre > 38.5 °C más leucocitosis y leucopenia con desviación izquierda.
- Enfermedades concomitantes: enfermedades linfoproliferativas, diabetes, cirrosis, insuficiencia renal crónica, infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

11. INFORMACIÓN PARA PACIENTES Y FAMILIARES

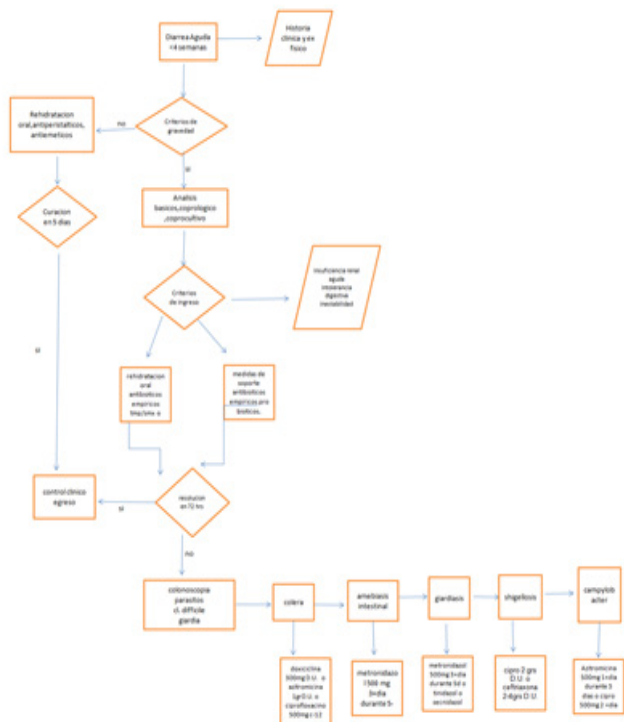
La información acerca de la condición del paciente deberá incluir:

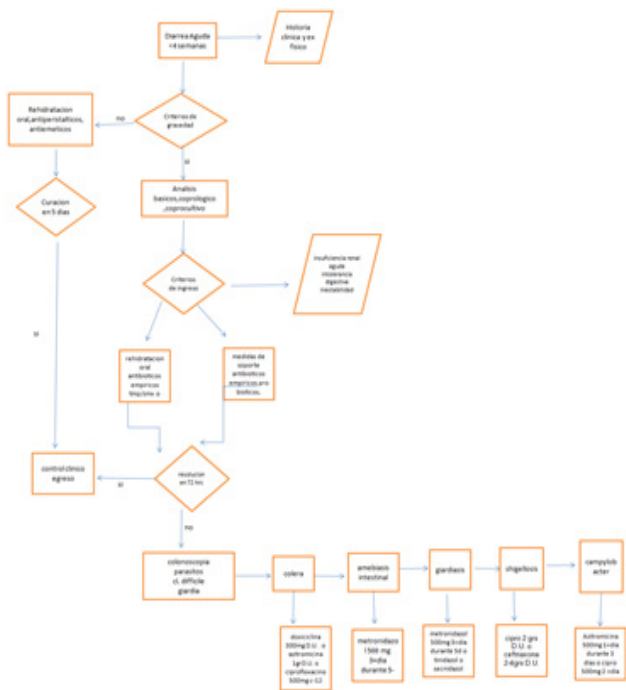
- La localización de los centros de referencia para atención especializada.
- La importancia de la adherencia a tratamientos y autocuidados.
- Detalles de todos los procedimientos y tratamientos.
- Las instrucciones para la recuperación de tratamientos ambulatorios.

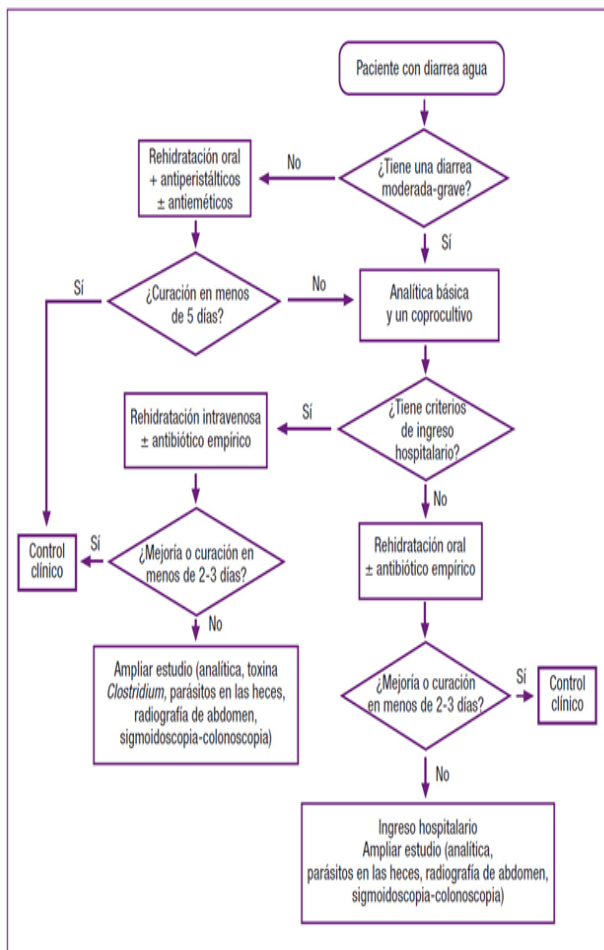
12. CRITERIOS DE EGRESO

- Pacientes con esquema de hidratación completo.
- Signos vitales en límites normales.
- Control de episodios diarreicos.
- Pruebas de laboratorio y electrolitos en límites normales.

13. ALGORITMO DE MANEJO DE DIARREA AGUDA #1







13. BIBLIOGRAFÍA

1. World Gastroenterology Organization global guidelines: acute diarrhea in adults and children: a global perspective. (revised 2012 Feb). NGC:010104.
2. The role of endoscopy in the management of patients with diarrhea. (revised 2010 May). NGC:009191 American Society for Gastrointestinal Endoscopy.
3. Gastrointestinal opportunistic infections. In: British HIV Association and British Infection Association guidelines for the treatment of opportunistic infection in HIV-seropositive individuals 2011. 2011 Sep. NGC:010335 British HIV Association.
4. Guidelines for diagnosis, treatment, and prevention of *Clostridium difficile* infections. 2013 Apr./ NGC:009803 American College of Gastroenterology.
5. Aranda-Michel J, Giannella RA. Acute diarrhea: a practical review. *Am J Med* 1999;106:670-673.
6. Dupont HL. Guidelines on acute infectious diarrhea in adults. The Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. *Am J Gastroenterol* 1997; 92:1962-75.
7. Ilnyckyj A. Clinical evaluation and management of acute infectious diarrhea in adults. *Gastroenterol Clin North Am*. 2001; 30:599-609.

8. Manatsathit S, Dupont HL, Farrthing M et al. Guidelines for the management of acute diarrhea in adults. J Gastroenterol Hepatol. 2002 Feb; 17:S54-71.
9. CHRONIC DIARRHEA An evidence-based approach DDW 2007. Joseph Sellin, MD UTMB, Galveston Tx.
10. www.Guiasalud.es. Instrumento AGREE II. 2010.
11. National guideline clearinghouse. www.guideline.gov.
Tripsina en heces

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE
DIAGNÓSTICO Y MANEJO
DE SANGRADO DIGESTIVO
ALTO NO VARICEAL**

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE SANGRADO DIGESTIVO ALTO NO VARICEAL

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta (HDA) se refiere a la pérdida de sangre que tiene su origen por encima del ligamento de Treitz. Puede presentarse como hematemesis, melena o ambas; o no manifestarse clínicamente. Es una de las complicaciones más graves del aparato digestivo, por lo que requiere de un manejo precoz y multidisciplinario. La incidencia de HDA es, aproximadamente, de 30-100 pacientes por 100,000 habitantes/año que precisan de ser hospitalizados, con una mortalidad anual de 3.5 % a 10 %.

1. OBJETIVO

Estandarizar el diagnóstico precoz y el manejo oportuno para disminuir las complicaciones y la mortalidad de los pacientes.

2. EVIDENCIAS

- a. The role of endoscopy in the management of acute non-variceal upper GI bleeding 2012 ASGE.
- b. Management of patients with Ulcer Bleeding 2012 ACG; The role of endoscopy in the management of obscure GI bleeding 2010 ASGE.

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Médicos Generales, Médicos Especialistas en Gastroenterología, Endoscopia, Emergenciología, Ter-

apia Intensiva, Medicina Familiar, Imagenología y Medicina Interna.

4. POBLACIÓN DIANA

Todas las personas que acudan al Servicio de Emergencias de un hospital público o privado con hematemesis y/o melena.

5. DEFINICIONES

Hematemesis: vómitos de sangre, de color rojizo si es fresca; y negra o café, cuando es digerida.

Melena: deposición de heces negras, alquitranadas, pegajosas y malolientes que indica una extravasación de sangre procedente de tramos del tubo digestivo próximos al ligamento de Treitz.

Sangrado digestivo oculto: se revela en una prueba de sangre oculta en heces positiva y/o como anemia ferropénica, sin que el paciente o el médico sean capaces de detectar la presencia de sangre en la materia fecal.

6. DIAGNÓSTICO

a. Abordaje inicial

Evaluar el estado hemodinámico e iniciar medidas de reanimación si es detectado un choque o hipovolemia. Además, monitorizar las constantes vitales (presión arterial y frecuencia cardíaca). Realizar una historia clínica detallada y una exploración física

adecuada. El objetivo es determinar los requerimientos del caso e intervenir de manera urgente al paciente (endoscopia, transfusión, cirugía, etc.), incluso si la endoscopia puede ser retrasada o si es posible el manejo ambulatorio.

b. Métodos diagnósticos

Persiguen el hallazgo de manifestaciones clínicas: sangrado evidenciado en el tacto rectal, analíticas de laboratorio alteradas, historia clínica detallada y examen físico minucioso. Al inicio, el hematocrito suele estar normal si se trata de una hemorragia muy aguda y la urea puede aumentar hasta 100 mg/dl. El cociente urea/creatinina superior a 90 es indicativo de sangrado de origen oculto. Para confirmarlo, debe recurrirse a estudios de imágenes.

c. Gastroscopía

Debe ser realizada una gastroscopía en las primeras 24 horas luego de la estabilización hemodinámica, salvo contraindicación. Esto reduce la necesidad de transfusiones, estancia hospitalaria y cirugía. La gastroscopía es importante para determinar el riesgo de resangrado en los pacientes y también permite terapias endoscópicas.

d. Arteriografía

Su uso está limitado a pacientes con HDA que presenten una hemorragia persistente cuyo origen no puede ser localizado por endoscopia alta o baja; aunque su gravedad hace imprescindible un diagnósti-

co de la lesión. La arteriografía detecta una cantidad mínima de extravasación de sangre de 0.5 ml/min. También puede tener utilidad terapéutica, al actuar sobre la lesión sangrante. La más grave de las complicaciones de la embolización es la isquemia intestinal.

e. Cápsula endoscópica

Tiene un mayor rendimiento diagnóstico que otras técnicas alternativas en la HD de origen oscuro. En la hemorragia aguda, está indicada cuando la gastroscopía y la colonoscopia son normales, juntamente con la arteriografía o la angio-TC, y previa enteroscopia.

f. Enteroscopia

Será realizada tras descartar el origen gastroduodenal de la HD por gastroscopia; y del colon, por colonoscopia. Es una técnica delicada que precisa de la sedación del paciente. Permite visualizar el intestino delgado más allá del ángulo de Treitz y, en caso de detectar una lesión sangrante, efectuar un tratamiento endoscópico.

g. Gammagrafía marcada con tecnecio 99

Utiliza hematíes marcados con tecnecio 99. La acumulación del radioisótopo en el lugar de la hemorragia puede ser detectada con el contador gamma. Es capaz de detectar sangrados con débitos bajos como 0.1 ml/min, con una capacidad de diagnóstico que varía del 50 % al 70 %. Se utilizará en aquellos casos de HD de origen no aclarado.

h. Endoscopia preoperatoria

Se realizará cuando persista la HD y las exploraciones previas descritas no hayan logrado detectar el origen de la hemorragia.

7. TRATAMIENTO

Se procura restaurar la volemia con la administración de soluciones cristaloides, la transfusión de concentrados de hematíes, el mantenimiento de la hemoglobina en 8 mg/dl y la colocación de una vía central y de una sonda vesical fija; así como con el monitoreo de las siguientes constantes vitales: presión arterial, frecuencia cardíaca, función respiratoria y saturación de oxígeno.

7.1 Manejo farmacológico

Se recomienda el empleo de inhibidores de la bomba de protones (IBP) (omeprazol, pantoprazol o esomeprazol) administrados inicialmente por vía intravenosa con bolus de inicio de 80 mg EV, seguido de una bomba de perfusión continua a dosis de 200 mg EV cada 24 h durante 72 h (tres días). No está indicada la somatostatina ni los medicamentos análogos, ya que no hay evidencia científica de su eficacia.

7.2 Terapia endoscópica

a. Método de inyección:

Consiste en la inyección de soluciones alrededor del vaso sangrante, e incluso dentro del mismo vaso. El primer mecanismo es compresivo y luego vasoconstrictor, esclerosante o favorecedor de la trombo-

sis del vaso. Las sustancias empleadas son muchas: cloruro sódico normal o hipertónico, adrenalina al 1/10,000, polidocanol al 1 %, etanolamina, alcohol absoluto, trombina o goma de fibrina (las dos últimas son poco empleadas).

b. Métodos térmicos:

Es la aplicación de calor para lograr la hemostasia. Los más conocidos son: electrocoagulación multipolar, bipolar, yag-láser, argón plasma e hidrotermocoagulación. La hidrotermocoagulación o sonda de calor tiene la ventaja adicional de que es fácil de manejar, poco costosa y fácil de transportar. Consiste en un cilindro hueco de aluminio, recubierto de teflón, con un alambre interno que puede ser calentado en segundos hasta 250 grados Celsius.

c. Métodos mecánicos:

La utilización de clips hemostáticos es aún un método poco extendido. Pueden colocarse uno o múltiples en la misma sesión, procurando hacerlo siempre sobre el vaso sangrante; o bien, sobre el vaso visible situado en el fondo de la úlcera. Es preferible la inyección de adrenalina en una lesión sangrante activa, antes de colocar el clip.

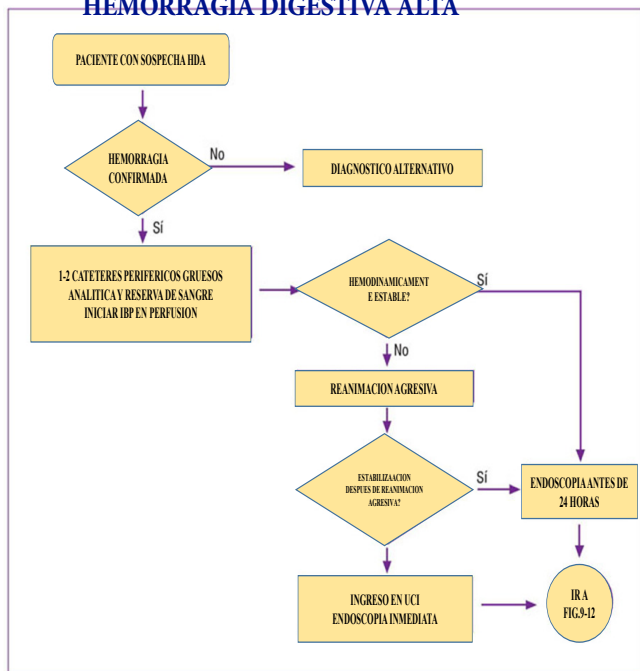
8. INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES

Informar sobre posibles diagnósticos, intervenciones diagnósticas y/o terapéuticas, duración proyectada del internamiento y pronóstico de la condición del paciente según la gravedad del caso.

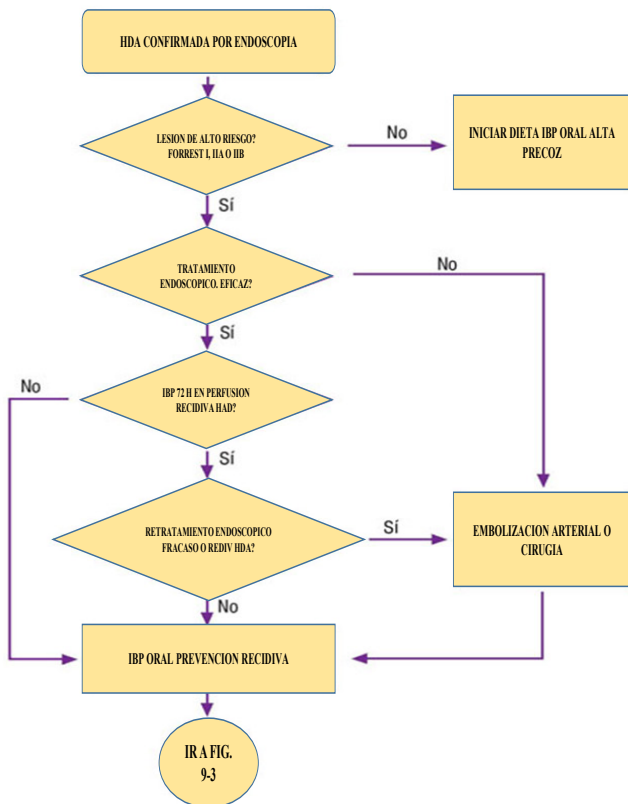
9. CRITERIO DE EGRESO

Establecimiento de un control hemodinámico del enfermo, el cual debe ser logrado de tres a cinco días a partir de la fecha de ingreso en los casos Forrest 1-A, 1-B, 11-A, 11-B, en los pacientes que han recibido una terapia endoscópica y no presentan comorbilidades; así como en aquellos con posibilidad de resangrado inferior al 5%.

10. ALGORITMO DEL ABORDAJE INICIAL DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA



Algoritmo de la terapia endoscópica



11. BIBLIOGRAFÍA

1. Laurel Fisher, MD Mary Lee Krinsky, DO Michelle A. Anderson, MD Vasundhara Appalaneni, MD. The role of endoscopy in the management of acute non-variceal upper GI bleeding. American Society Gastroenterology and Endoscopy. Febrero. 2012.
2. Loren Laine, MD and Dennis M. Jensen, MD 3 – 5. Manegement of patients with Ulcer Bleeding. American College, Gastroenterology. 2012.
3. F. Bermejo y J.P. Gilbert. Protocolo Terapéutico de la Úlcera Gástrica. Servicio Gastroenterología Hospital Universitario Ramón y Cajal. Hospital Universitario de la Princesa Madrid. 2013.
4. J.M. Calbo Mayo y P. García. Protocolo Diagnóstico y Terapéutico de la Hemorragia Digestiva. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. 2013.
5. Katz LB. The role of surgery in occult gastrointestinal bleeding. Semin Gastrointest Dis 2010.
6. Foutch PG. Angiodysplasia of the gastrointestinal tract. Am J Gastroenterol. 2010.
7. Somsouk M, Gralnek I, Inadomi J. Management of obscure occult gastrointestinal bleeding: a cost-minimization analysis. Clin Gastroenterol Hepatol 2010.

8. Kamalaporn P, Cho S, Basset N, et al. Double-balloon enteroscopy following capsule endoscopy in the management of obscure gastrointestinal bleeding: outcome of a combined approach. Can J Gastroenterol 2008.
9. The role of endoscopy in the management of acute non-variceal upper GI bleeding 2012 ASGE
10. Management of patients with Ulcer Bleeding 2012 ACG
11. The role of endoscopy in the management of obscure GI bleeding 2010 ASGE.

12. ANEXOS

Clasificación de Forrest Estigmas endoscópicos de sangrado reciente (EESR) y probabilidad asociada de recidiva hemorrágica		
EESR		Recidiva %
Ia-Ib	Sangrado a chorro o babeante	67-95
Ila	Vaso visible no sangrante	22-55
Ilb	Coágulo rojizo	15-30
Ilc	Manchas o coágulos negros planos	4-7
III	Fondo de fibrina (ausencia de estigmas)	0

RECOMENDACIONES DEL MANEJO PARA PREVENIR LA RECURRENCIA DEL SANGRADO SEGÚN LA ETIOLOGÍA

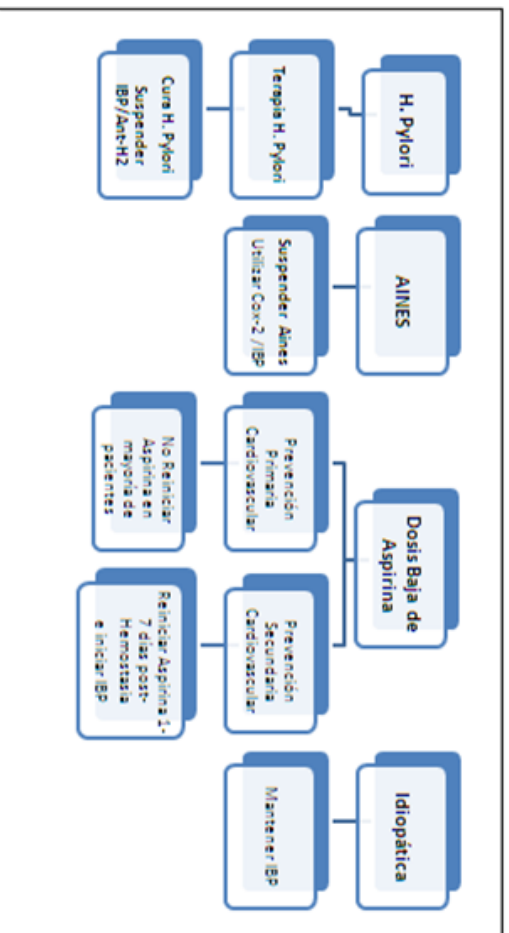


Figura 1

Recomendaciones endoscópicas y manejo clínico basados en los estigmas de sangrado



