

PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN EN EL
PACIENTE HOSPITALIZADO

APARATO DIGESTIVO

51

PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO
APARATO DIGESTIVO

Komunikazio Unitatea / Unidad de Comunicación
DONOSTIA UNIBERTSITATE OSPITALEA / HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA
Depósito Legal: SS-1671-2013

**PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN EN
EL PACIENTE HOSPITALIZADO**

APARATO DIGESTIVO

APARATO DIGESTIVO
EL PACIENTE HOSPITALIZADO
PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN EN

Hospital Universitario Donostia
Octubre-2013

OBJETIVOS

- Una de las actividades más importantes del servicio de digestivo son los pacientes ingresados donde se atienden a pacientes por problemas agudos. Hemos querido elaborar unos protocolos que sirvan de guía en función de los síntomas de ingreso para orientar en el diagnóstico y la actitud en estos casos.
- Los protocolos pretenden orientar a los médicos residentes sobre como actuar ante un paciente ingresado.

Estos protocolos se apoyan y sustentan en el Manual de Tratamiento de Enfermedades Digestivas editado en 2011 por la Asociación Española de Gastroenterología en el que miembros del Servicio han participado y en el Manual de Emergencias en Gastroenterología y Hepatología Editado en 2013 con el aval de la AEG y cuyos coordinadores son el Dr. Montoro y el Dr. García-Pagan.

Índice

1.	HEMATEMESIS – HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA	7
2.	RECTORRAGIA	
3.	GASTROENTERITIS AGUDA.....	
4.	PANCREATITIS AGUDA.....	
5.	DOLOR ABDOMINAL.....	
6.	BROTE DE COLITIS ULCEROSA GRAVE	
7.	ENFERMEDAD DE CROHN	
8.	ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA	
9.	ASCITIS	
10.	LESIONES OCUPANTES DE ESPACIO HEPÁTICAS.....	
11.	ICTERICIA.....	
12.	AUMENTO DE TRANSAMINASAS.....	

HEMATEMESIS - MEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Definición:

Incluye vómito con sangre roja – posos de café.

Etiología:

- HTPortal
- No HT portal. Úlcera péptica, lesiones agudas de mucosa gástrica, esofagitis severa, Mallory-Weiss, neoplasia

Peticiones básicas:

- Preoperatorio (analítica, ECG – Rx tórax). Analítica de control y pruebas cruzadas, gastroscopia y ecografía abdominal.

Tratamiento:

- Dieta absoluta-sueroterapia.
- IBP > 160 mg iv al día
- Stop sintrom y antiagregantes. Poner heparinas bajo peso molecular.
- 2 vías y oxígeno

Actitudes – Puntos clave:

- No colocar SNG. Si dudas gastroscopia.
- Si recidiva segunda gastroscopia terapéutica e interconsulta con cirugía general.
- Somatostatina en recidivas y alto riesgo quirúrgico.
- Antes de gastroscopia poner en bolo primperan o Eritromicina 250mg en 30 min iv (evitar contenido gástrico).
- Transfundir si < 7 gr Hb, excepto cardiópatas...u otros por debajo de 10 gr
- Hierro iv útil 2 ampollas de Venofer x 2-3 días.
- Hemograma 24 horas antes del alta.

HEMORRAGIA DIGESTIVA POR HIPERTESIÓN PORTAL

Peticiones básicas:

Preoperatorio (analítica, ECG – Rx tórax). Analítica de control y pruebas cruzadas y ecografía abdominal.

Tratamiento:

- Dieta absoluta-sueroterapia.
- IBP 40 mg iv al día
- Stop sintrom y antiagregantes. Poner heparinas bajo peso molecular.
- 2 vías y oxígeno
- Somatostatina bolo 250 ug cada 6 horas (primeras 24 horas) y perfusión de 6 mg en 1000 de fisiológico cada 24 horas x 5 días.
- Primperam 1 amp iv cada 6 horas
- Ceftriaxona 1 gr iv cada 24 horas
- Enemas de lactulosa si encefalopatía 1 a 4 al día según grado de encefalopatía

Actitudes – Puntos clave:

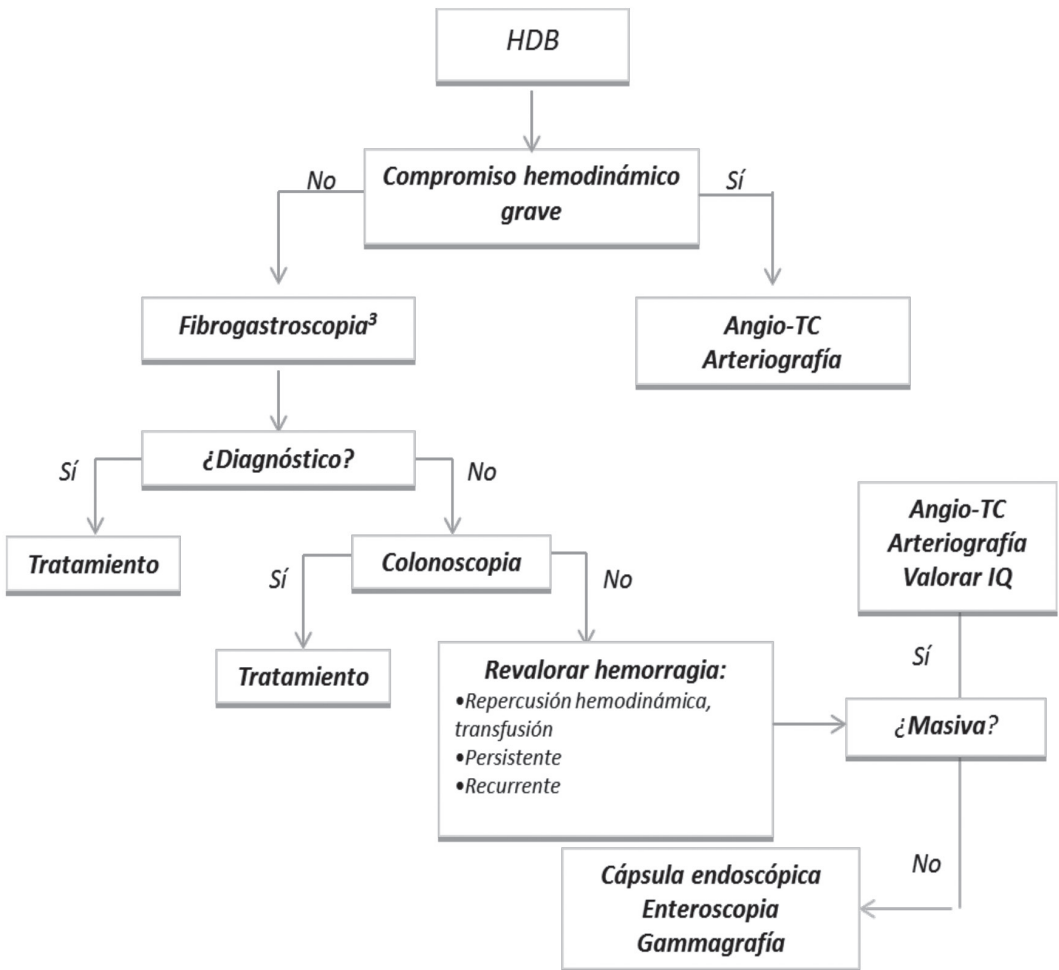
- No colocar SNG. Si dudas gastroscopia.
- Antes de gastroscopia poner en bolo primperan o Eritromicina 250mg en 30 min iv (evitar contenido gástrico).
- Transfundir si < 7 gr Hb, excepto cardiópatas...u otros por debajo de 10 gr
- Hierro iv útil 2 ampollas de Venofer x 2-3 días.
- Hemograma 24 horas antes del alta.
- Si se han colocado bandas en la primera gastroscopia y no resangra no es necesario nuevas gastroscopias durante el ingreso
- Si resangra:
 - No colocadas bandas en primera gastroscopia
 - Segunda gastro con bandas. ¿TIPS como posibilidad?
 - Resangrado....TIPS urgente
 - Colocadas bandas en primera gastroscopia
 - TIPS urgente. ¿Prótesis – spray como posibilidad?
- Balón Sengstaken-Blakemore en caso necesario hasta colocar TIPS, casos desesperados.

RECTORRAGIA

Definición-Etiología:

La hemorragia digestiva baja se origina por debajo del ángulo de Treitz. Su incidencia se estima entre el 20-33 casos/100 000 hab-año y suponen un 20-25% de los ingresos hospitalarios por hemorragia digestiva. Las causas más frecuentes exceptuando la patología anorrectal benigna, son de origen diverticular, neoplasias, angiodisplasias y colitis isquémica.

Algoritmo de actuación:



- La colonoscopia, si el paciente está estable se realizará el día siguiente con preparación oral de laxantes. Tener en cuenta que necesita V. B. de anestesia.

- Si el sangrado es claramente bajo no será necesario realizar gastroscopia
- En pacientes < 50 años, sin factores de riesgo y autolimitadas....Valorar recto-sigmoidoscopia

Peticiones básicas:

- Analítica (hemograma, función renal, coagulación, iones, glucosa, urea) + Pruebas cruzadas
- Preoperatorio (ECG – Rx tórax)
- Ecografía abdominal (se podría cambiar con TC en función del caso).
- Valorar HIC a anestesia.

Tratamiento:

- Dieta absoluta-sueroterapia.
- Stop sintrom y antiagregantes. Poner heparinas bajo peso molecular.
- 2 vías y oxígeno
- Valorar somatostatina en caso de recidiva de sangrado o hemorragia persistente. En estos casos HIC a cirugía general.

Actitudes – Puntos clave:

- Transfundir si < 7 gr Hb, excepto cardiópatas...u otros por debajo de 10 gr
- Hierro iv útil 2 ampollas de Venofer x 2-3 días.
- Hemograma 24 horas antes del alta.
- Si colonoscopia y gastroscopia normal y persiste sangrado....Angio-TAC y HIC a cirugía
- **Evaluar gravedad** (Factores predictivos de Strave): $FC \geq 100$, $TAS \leq 115$, síncope, sangrado en las primeras 4 horas de hospitalización, ≥ 2 comorbilidades, abdomen no doloroso, medicación con AAS (riesgo alto: ≥ 4 , medio: 1-3, bajo: ningún factor)
- Indicaciones quirúrgicas: a) Hemorragia masiva con hipotensión persistente y shock a pesar de reanimación, b) persistente (6 concentrados de hematíes).

GASTROENTERITIS

Definición-Etiología:

Paciente que ingresa por predominar en su sintomatología diarreas (> 3 deposiciones al día), en ocasiones asociado a vómitos-náuseas, fiebre o dolor abdominal. La causa más frecuente son las infecciones (virus, bacterias y parásitos) y los fármacos. Otras; colitis isquémica o inicio de enfermedades crónicas como EII, SII, colitis microscópicas, celiaquía, sobrecrecimiento bacteriano, hipertiroidismo...

Peticiones básicas:

- Analítica sanguínea básica (hemograma, coagulación, función renal, ionograma, perfil hepático, PCR). Si diarrea es persistente (>10 días), hormonas tiroideas, proteinograma, anti transglutaminasa.
- Coprocultivo. Valorar estudio seriado de parásitos y/o toxina de C. Difficile (diarrea tras alta hospitalaria < 3 días, tratamiento ATB previo).
- Preoperatorio (ECG – Rx tórax).
- Ecografía abdominal.
- Solicitar TC abdominal si signos de irritación peritoneal o dolor abdominal intenso para descartar perforación, megacolon o neumatosis.
- Si fiebre: solicitar hemocultivos.
- Si no hay mejoría en 48 horas con tratamiento adecuado... valorar recto-sigmoidoscopia o colonoscopia.

Tratamiento:

- Dieta absoluta y progresar (iniciando con líquidos, dieta superblanda, astringente).
- Sueroterapia con reposición de electrolitos.
- No dar IBP.
- Analgesia (iniciar con paracetamol, nolotil, buscapina).
- Antieméticos (metoclopramida) si náuseas o vómitos.
- No dar antidiarreicos (loperamida y racecadotril: sólo indicados en tratamiento sintomático de diarreas leves).
- Valorar añadir antibiótico una vez obtenido coprocultivo. De elección: ciprofloxacino vo 500mg/12 h (alternativa Cotrimoxazol 160-800mg/12 h).

Actitudes – Puntos clave:

- Si el tratamiento ATB es correcto acorta la duración de la diarrea entre 1 y 3 días.
- Si infección por *Campylobacter jejuni* valorar cambio ATB (>85% de resistencia a ciprofloxacino). De elección Azitromicina 500 mg/24h.
- En caso de coprocultivo positivo, elegir ATB según el microorganismo aislado.
- La rectosigmoidoscopia es útil en las siguientes situaciones: Diagnóstico diferencial de EII, signos de toxicidad y sospecha de *C. difficile*, inmunosupresión, clínica de proctitis (tenesmo, dolor rectal, moco o pus en las deposiciones) o colitis isquémica.
- Si colitis hemorrágica, además de rectosigmoidoscopia, solicitar investigar serotipo de *E. coli* enterohemorrágico (O157:H7 o O104:H4) por ser causa de síndrome hemolítico-urémico y elevada mortalidad. **IMPORTANTE:** Éstos serotipos han sido causa reciente de casos epidémicos y esporádicos de colitis hemorrágica, la administración de quinolonas o TMP-SMZ puede inducir síndrome urémico y causar peor pronóstico, **SOSPECHAR SI HAY AUSENCIA DE FIEBRE Y PREDOMINIO DE SANGRE EN LAS HECES.** La mayoría de brotes se relacionan con el consumo de carne de ternera poco cocinada.
- Si inmunodepresión (neoplasias avanzadas, VIH mal controlado, pacientes mayores pluripatología..) y persistencia de diarrea pensar en otras causas como *Cryptosporidium*, *Microsporidium*, *Isospora belli*, *Mycobacterium avium* o *Giardia*, CMV.. .
- El empleo de probióticos del género de *Lactobacillus* puede acortar la duración, pero no está claro si estos modestos beneficios justifican su uso de manera rutinaria.
- Si *Clostridium difficile*: Metronidazol vo 500mg/8h, si fracasa vancomicina vo 125mg/6h y aislamiento de contacto.

PANCREATITIS AGUDA GRAVE

Introducción

Es un proceso inflamatorio agudo, capaz de activar una serie de sistemas inflamatorios y antiinflamatorios sistémicos. Hay dos formas clínicas: leve y grave (basada en la clasificación de Atlanta). La incidencia es de 35-40 casos/100 000 hab-año. Un 20% son graves. La mortalidad es de 5-10%, pudiendo alcanzar 25-30% en la forma grave.

Etiología: 1º Litiasis biliar (50%, más común en mujeres), 2º Alcohol (15-20%, más frecuente en hombres), 3º Otros: fármacos, autoinmune, trigliceridemia, infecciosa... Hasta un 15-25% no se logra identificar la causa.

Peticiones básicas

- Analítica sanguínea: Pedir lipasa, función hepática y renal, iones, hemograma, coagulación, perfil lipídico, gasometría, lactato, proteínas totales, calcio y PCR
- Ecografía abdominal
- Preoperatorio (ECG, Rx tórax)
- Si clínica atípica o de gran intensidad valorar solicitar TC.
- Si hay criterios de gravedad (HC a UVI).
- En casos de pancreatitis idiopática solicitar: RMN, ANA, IgG4

Tratamiento

1. Medidas de soporte: Detectar precozmente fallo orgánico (desaturación, oliguria –objetivo aprox. 400ml/8h-, hipotensión, alteración función renal); verificar aporte de fluidos -al menos 3000/24 horas- según el caso (hemoconcentración, aumento de BUN o urea) y detectar complicaciones (hipocalcemia, hipoglucemia).
2. Analgesia:
 - a. Primer escalón: Metamizol 2g/6-8 h + Paracetamol 1g/ 8h, rescates de meperidina 50-100mg o morfina 5-10mg SC cada 4 h si precisa.
 - b. Segundo escalón: bomba de analgesia (Metamizol 6-8g + Morfina 30mg +/- Metoclopramida en 500cc SF a 20ml/h)
3. Soporte nutricional:
 - Inicio de tolerancia: Paciente asintomático con peristaltismo.
 - Nutrición enteral o parenteral si es grave o se prevee que estará en dieta absoluta más de 5 días. Valorar sonda nasoyeyunal/nasogástrica (menor coste que la parenteral, menos complicaciones sépticas, metabólicas y tromboembólicas).
4. Heparina de bajo peso molecular: Clexane 40mg/24 h

5. IBP: Omeprazol 40mg iv/día
6. ATB: Si necrosis en TC o criterios de gravedad.
7. Antieméticos: Si náuseas o vómitos. Si persistencia de clínica valorar SNG con aspiración.
8. Oxigenoterapia

Puntos clave

- En casos de hipertrigliceridemia (a partir de 500 mg/dl, pero sobre todo de 1000 mg/dl) con amilasa normal, pedir amilasuria (elevada en paciente con pancreatitis).
- La realización de TC antes de 72 horas, puede subestimar la gravedad ya que no da tiempo para que la necrosis se establezca.
- Paciente con pancreatitis y fiebre: hemocultivos, descartar otros focos, si se sospecha de necrosis pancreática (SIRS >1-2 semanas, empeoramiento clínico), se puede usar Carbapenem (imipenem o meropenem 1g/8h iv) o Ciprofloxacino 400mg/12h + Metronidazol 500mg/8h iv durante 14 días. Si germen gram (+) usar vancomicina iv.
- Pico de PCR a las 48 horas de inicio del cuadro, un valor >150mg/l se correlaciona con necrosis pancreática). La ausencia de hemoconcentración (Hto < 44%) al ingreso y la falta de elevación del mismo a las 24 h hacen improbable la presencia de necrosis.
- Un BUN/urea aumentado al ingreso (>20/>43mg/dl, respectivamente) o que se eleva a las 24 h se asocia con una mayor mortalidad.
- Vitamina K en caso de dilatación de colestasis.
- Si DILATACIÓN DE VÍA BILIAR DE CAUSA BILIAR... Valorar CPRE urgente.

DOLOR ABDOMINAL AGUDO

Introducción

Diferenciar dolor abdominal de reciente comienzo que requiere ingreso en 48-72 horas o un dolor de más de una semana de evolución.

Etiología

En dolor abdominal agudo (48-72 horas) **descartar siempre:**

- Apendicitis aguda
- Perforación
- Obstrucción
- Isquemia intestinal
- Pancreatitis aguda

Otras posibilidades:

- Otras digestivas “itis” (colecistitis, diverticulitis...)
- Anisakis, porfiria
- Ginecológico: embarazo ectópico, salpingitis, quistes ováricos
- Urológico: pielonefritis, colico nefrítico
- Mecánico irradiado (lumbar)
- Pared abdominal: Signo de Carnett.
- Funcional

La localización del dolor puede ayudar a orientar el origen del mismo, como se muestra en la siguiente tabla:

Causas comunes de DAA según localización		
<p><u>Hipocondrio Derecho</u> Hepatitis Colecistitis Colangitis Pancreatitis Síndrome de Budd Chiari Neumonía/empiema pleural Absceso subdiafragmático Embolia pulmonar</p>	<p><u>Epigástrico</u> Úlcera gastroduodenal ERGE Gastritis aguda Pancreatitis aguda IAM Pericarditis Rotura de AAA</p>	<p><u>Hipocondrio Izquierdo</u> Absceso/infarto esplénico Gastritis aguda Úlcera péptica con penetración Pancreatitis Rotura de bazo Neumonía/empiema pleural Embolia pulmonar</p>

FID	Periumbilical	FII
Apendicitis Salpingitis Endometriosis Embarazo ectópico Torsión de ovario Rotura de quiste ovárico Hernia inguinal Nefrolitiasis EII Linfadenitis mesentérica Ileocecitis por Yersinia	Apendicitis aguda fase inicial Gastroenteritis Obstrucción intestinal Rotura de AAA Difuso Isquemia mesentérica aguda Obstrucción intestinal Peritonitis GEA, SII Enf. Sistémicas y endocrinas	Diverticulitis aguda Colitis isquémica Salpingitis Endometriosis Embarazo ectópico Torsión de ovario Rotura de quiste ovárico Hernia inguinal Nefrolitiasis EII SII

Peticiones básicas

- Analítica: hemograma, coagulación, glucosa, urea, creatinina, iones. Según la orientación diagnóstica, se pueden solicitar otras pruebas: lipasa, AST, ALT, Fosfatasa alcalina, bilirrubina, GGT, PCR, dímero D, enzimas cardiacas...
- ECG
- Pruebas de imagen: Rx tórax AP-L y abdomen simple y bipedestación.
- Ecografía abdominal
- **Si dolor intenso a pesar de la medicación o exploración sugestiva de irritación peritoneal pedir TC abdominal. Si factores de riesgo para isquemia: Angio TC**
- Si todo negativo y mujer en edad fértil: Solicitar HC a Ginecología y prueba de embarazo.
- D/C Causas urológicas: Sedimento urinario
- Dolor de largo tiempo de evolución solicitar porfirinas en orina – tóxicos (metales pesados-plomo)

Tratamiento

- Dieta absoluta.
- Fluidoterapia. Según valoración de estabilidad hemodinámica y comorbilidades.
- Analgesia (según intensidad de dolor). Puede iniciarse con Metamizol 2g iv, Paracetamol 1 g iv, Meperidina 50-100 mg iv, o Cloruro mórfico 3 mg iv.
- Antieméticos. Se puede administrar Metoclopramida 10mg iv. Evitar su empleo si se sospecha de obstrucción intestinal. En este caso puede administrarse Ondansetron 4-8 mg iv.
- IBP: Omeprazol 40mg iv/24 h
- Valorar administración de antibióticos.
- Si vómitos importantes e íleo significativo colocar sonda nasogástrica.

Puntos clave

- Descartar anisakis, según historia clínica y serología.
- Descartar Síndrome Fitz-Hugh-Curtis (mujeres en edad fértil, infección por clamidias).
- No olvidar que lo primero es buscar signos de inestabilidad hemodinámica y peritonitis para orientar si se precisa de tratamiento quirúrgico urgente.
- Después de descartar las causas que puedan tener un riesgo vital, hay que pensar en buscar las etiologías más comunes, según la localización del dolor, edad y sexo del paciente.
- Solicitar siempre ECG y Rx tórax.
- Aumentan la incidencia de error diagnóstico: el sexo femenino, la edad avanzada y el tratamiento inmunosupresor.

BROTE DE COLITIS AGUDA GRAVE

Introducción

La CU es una enfermedad inflamatoria intestinal crónica que afecta a la mucosa del colon. Se inicia en el recto, y puede alcanzar una extensión variable. No existe ningún síntoma ni ningún hallazgo en las pruebas complementarias que sea patognomónico. La clínica depende de la extensión y el grado de actividad de la enfermedad. El síntoma más frecuente es la diarrea con sangre. Los ingresos pueden ser por brote grave o brote moderado que no responde a corticoterapia.

Diagnóstico

- La base del diagnóstico se basa en criterios clínicos, endoscópicos e histológicos.
- Descartar otras causas: Estudio microbiológico (Coprocultivo, parásitos, toxina).

Extensión e Índices de actividad

La extensión tiene implicación en el pronóstico y el tratamiento. Se clasifica en:

- Proctitis ulcerosa (25-30%): Afecta a recto (15 cm de margen anal).
- Rectosigmoiditis y colitis izquierda (40-45%): Afecta recto, sigma y CD hasta ángulo esplénico.
- Colitis extensa: Desde el recto hasta el ángulo hepático.
- Pancolitis (10-15%): todo el colon.

Los índices de actividad más sencillo es:

ÍNDICE DE TRUELOVE-WITTS			
CLINICA	GRAVE (3)	MODERADO (2)	LEVE (1)
Nº Deposiciones	>6	4 – 6	<4
Sangre en heces	+++	+	-
Hb H/M	<10	10 – 14/10 – 12	>14/>12
Algúmina g/l	<3	3 – 3.2	>3.2
Fiebre (°C)	>38	37 – 38	<37
Taquicardia	>100	80 – 100	<80
VSG	>30	15 – 30	<15
Leucocitos	>13	10 – 13	<10
Potasio	<3	3 – 3.8	>3.8
Inactiva: 9-10 Leve: 11-15 Moderada:16-21 Grave 22-27			

Peticiones básicas

- Analítica: hemograma, coagulación, glucosa, urea, creatinina, iones, PCR, serología (VHB, VHC, varicela, sarampión, CMV, VIH, PDD –Mantoux-/quantiferon), TPMT.
- Vacunas: neumococo, tétanos, meningococo.
- Coprocultivo y toxinas A y B de C. Difficile.
- Solicitar rectoscopia: Descartar colitis por CMV y valorar afectación
- Rx abdomen simple y en bipedestación.
- Preoperatorio (ECG y Rx tórax)
- HC anestesia (posible colonoscopia – cirugía).
- Valorar TC abdominal para estudio de extensión y/o complicaciones.

Tratamiento

- Valorar posibilidad de dieta normal (los menos) o nutrición enteral (la mayoría) +/- suplementos. Rara vez NPT.
- Metilprednisolona 1 mg/kg/día iv
- Reponer alteraciones hidroelectrolíticas.
- Heparina a dosis profiláctica (Enoxaparina 40 mg/día)
- IBP a dosis estándar.
- Analgesia si precisa. Evitar opiáceos y espasmolíticos.
- Tratamiento tópico si hay clínica rectal (enemas corticoides y/o salicilatos)
- Considerar mantener o no durante el ingreso medicaciones que ya tomaba tratamiento inmunomodulador continuar con él (azatioprina, mercaptopurina y tacrolimus).
- Considerar antibióticos en caso de fiebre elevada, signos peritoneales, duda de colitis infecciosa o pacientes con alto riesgo de perforación y especialmente en casos de megacolon, dirigido a gérmenes gramnegativos y anaerobios (Ej. Cefotaxima + metronidazol, ciprofloxacino + metronidazol, imipenem, meropenem o piperacilina-tazobactam).

Puntos clave

- **Descartar siempre complicaciones** para cirugía urgente como: hemorragia masiva, perforación, megacolon tóxico de más de 3 días de evolución (colon transversal >6 cm).
- En caso de persistir brote grave más de 3-7 días (preferiblemente entre 3-5 días) de iniciado el tratamiento (ver tabla de valoración de gravedad), solicitar HC a cirugía general e iniciar tratamiento con Infliximab vs Ciclosporina. En este caso, dieta absoluta, nutrición parenteral, pruebas cruzadas y valorar necesidad de quimioprofilaxis (Pneumocystis, TBC...)

- Para individualizar el tratamiento de rescate médico en pacientes refractarios a esteroides considerar:
 - Si el paciente ha sufrido el brote grave mientras ya estaba en tratamiento con tiopurinas (fármacos que serían necesarios en el tratamiento de mantenimiento post ciclosporina) lo más indicado es, probablemente, utilizar infliximab.
 - Ciclosporina (CyA): Dosis de 2mg/kg/día iv (máx 4 mg/kg/día iv, según individualización en función de niveles y toxicidad).
 - Infliximab (IFX): Dosis de inducción de 5 mg/kg, seguida de otra a los 14 días y una tercera a los 42 días.
- Si tras el brote grave se desarrolla corticodependencia, el fármaco de elección es azatioprina (2.5 mg/kg/día) o 6-mercaptopurina (1.5mg/kg/día).
- Otro punto importante, es la valoración nutricional (parámetros analíticos y antropométricos) desde el primer momento, dado que la hipoalbuminemia es un factor predictivo de fracaso terapéutico.

ENFERMEDAD DE CROHN

Introducción

Proceso inflamatorio crónico, que puede afectar a cualquier tramo del intestino, siendo su localización más frecuente es el íleon. Sus síntomas más frecuentes son la diarrea y/o dolor abdominal. La etiología es compleja, se han descrito factores genéticos (destaca el gen NOD2/CARD15), ambientales (contribución de la microbiota intestinal), tabaquismo (aumenta la incidencia y empeora el curso clínico).

El ingreso por brote grave O por brote moderado que no responde a tratamiento o por complicaciones (Estenosis-absceso-fistulas internas-enfermedad perianal severa)

Diagnóstico

- Se debe excluir enfermedades infecciosas (realizar búsqueda intencionada de E. coli serotipo O157:H7 –importante en ileitis de instauración aguda, con dolor en FID, fiebre y diarrea con sangre –, Clostridium difficile, yersinia).

Extensión e Índices de actividad

Se clasifica de acuerdo a su localización (ileocólica, ileal, cólica, perianal u otras localizaciones), patrón clínico (inflamatorio, estenosante o fistulizante) y su gravedad (leve, moderada, grave). La clasificación de Montreal es la aceptada en los consensos:

Edad al diagnóstico		
A1	16 o menos	
A2	17 – 40 años	
A3	> 40 años	
Gravedad (S):		
L1	Íleon terminal	L1 + L4: íleon terminal + tracto superior
L2	Colon	L2 + L4: colon + tracto superior
L3	Ileocólica	L3 + L4: ileocólica + tracto superior
L4	Tracto digestivo alto	
Patrón Clínico		
B1	No estenosante, no fistulizante o inflamatorio	B1p, B2p, B3p: si existe afectación perineal asociada
B2	Estenosante	
B3	Fistulizante	

El índice de actividad se valora con el CDAI (calculadora: <http://www.ibdsupport.org.au/cdai-calculator>)

Los parámetros utilizados son: N° deposiciones, dolor abdominal, manifestaciones extraintestinales, masa abdominal, antidiarreicos, hematocrito, pérdida de peso.

Peticiones básicas

- Analítica: hemograma, coagulación, glucosa, urea, creatinina, iones, PCR, serología (VHB, VHC, varicela, sarampión, CMV, VIH, PDD –Mantoux-/quantiferon), TPMT.
- Coprocultivo y toxinas A y B de C. Difficile.
- Rx abdomen simple y en bipedestación.
- Preoperatorio (ECG y Rx tórax)
- HC anestesia (posible colonoscopia – cirugía).
- Realizar TC abdominal para estudio de extensión y/o complicaciones.
- En función de TC valorar entero RMN, tránsito intestinal-ileoscopia o nada.
- Si síntomas digestivos alto: solicitar gastroscopia con toma de biopsias (incluso cuando macroscópicamente no se detecten alteraciones).
- Si enfermedad perianal: RMN pélvica.
- Vacunación (tétanos, meningococo, neumococo).

Tratamiento

- Sueroterapia y dieta enteral (batidos) – líquidos. En caso de intolerancia y previsión de tiempo prolongado valorar NPT.
- Metilprednisolona 1mg/kg/día iv
- IBP a dosis estándar.
- Reponer alteraciones hidroelectrolíticas.
- Heparina a dosis profiláctica (Enoxaparina 40 mg/día).
- Considerar antibióticos en caso de enfermedad perianal (ciprofloxacino +/- metronidazol)
- Analgesia si precisa. Evitar opiáceos y espasmolíticos.
- Tratamiento tópico si hay clínica rectal (enemas corticoides y/o salicilatos)
- Considerar mantener tratamiento habitual inmunomodulador (azatioprina, metotrexate, tacrolimus)

Puntos clave

- Si absceso valorar drenaje transcutáneo. Otras complicaciones valorar cirugía.

ENCEFALOPATÍA

Introducción - Etiología

Es un síndrome confusional agudo, caracterizado por un cambio brusco del estado mental y la conducta, fluctuante durante el día, presenta dificultad para centrar la atención o mantener una conversación, con un nivel de consciencia distinto a la vigilia.

La etiología puede ser:

- **No hepática:** fármacos (ingesta de benzodiazepinas), metabólica-endocrino (hipoglucemia, hiperosmolar, hipercápnica), neurológica (meningoencefalitis, lesión estructural, estatus comicial no convulsivo) o en relación a consumo enólico (abstinencia, intoxicación, encefalopatía de Wernicke),
- **Hepática:** hemorragia digestiva, infecciones, diuréticos. Otras: estreñimiento, hidroelectrolíticas, fármacos, shunts porto-sistémicos

Diagnóstico y peticiones básicas

- **Descartar no hepática**

Si hepatopatía no conocida o traumatismo o alcohólico, solicitar:

- ✓ Analítica completa (equilibrio ácido-base, glucemia, iones, urea, creatinina, hemograma, coagulación, gasometría) y sedimento de orina.
- ✓ Si ascitis: paracentesis diagnóstica
- ✓ Ecografía abdominal
- ✓ Electroencefalograma y/o TC craneal
- ✓ Tóxicos (orina-sangre), determinar B1 y respuesta a Tiamina.
- ✓ Valorar HC a Medicina Interna o Neurología.

- **Primer ingreso**

- ✓ Analítica completa: Además de la analítica anterior, se realizará estudio para filiar origen de hepatopatía (proteinograma, serología VHB – VHC – VIH, autoanticuerpos -ANA, AML, AMA, anti-LKM1-, ferritina y saturación de hierro, cobre y ceruloplasmina, alfa 1 antitripsina, inmunoglobulinas).
- ✓ Sedimento de orina
- ✓ Radiografía de tórax
- ✓ Eco abdominal. Eco-doppler hepática si duda de shunt veno-venoso.
- ✓ Gastroscopia antes del alta si no se le ha realizado en los 2 años anteriores. Valorar hipertensión portal.
- ✓ Si febrícula... Hemocultivo – urocultivo.
- ✓ Si ascitis punción líquido ascítico descartar infección.

Valorar el grado de encefalopatía según la escala de West-Haven:

MANIFESTACIONES	
0	Sin encefalopatía hepática. Consciente, orientado, sin ataxia, sin flapping, ni disartria ni bradipsiquia.
1	Alerta y orientado pero con signos inequívocos de bradipsiquia, ataxia, flapping o disartria.
2	Consciente pero claramente desorientado presentando dificultad para realizar pruebas mentales simples. Falta de alerta, se distrae o está somnoliento, pero se entiende la conversación
3	Hay una somnolencia muy marcada o agitación psicomotora. La conversación no se entiende bien.
4	Coma. El paciente no habla y no responde a órdenes simples.

Tratamiento

- Dieta absoluta. A partir del tercer día dieta enteral normoproteica y normocalórica.
- Sueroterapia, aproximadamente 2500 cc
- Enema de lactulosa cada 8-12 horas y/o lactulosa vía oral.
- Si hemorragia digestiva: evacuar restos hemáticos de la luz intestinal.
- Si agitación diacepam – tiaprizal iv.
- Si sospecha de intoxicación por benzodicepinas, ver respuesta a flumazenil.
- Si febrícula sacar cultivos y comenzar con ceftriaxona 1 gr cada 24 horas iv.

Puntos clave

- Si episodios repetidos de encefalopatía rifaximina (Spiraxin 200 mg) 2 comprimidos cada 8 horas.
- Dieta normoproteica y normocalórica.
- Tras el primer episodio y no hay contraindicación para el trasplante hacer valoración del mismo.
- Vitamina K – Tiamina. Complejos vitamínicos según necesidades.

ASCITIS A ESTUDIO

Introducción - Etiología

- **No hepática:** 1º Tumoral. 2º Insuficiencia cardiaca 3º Infecciosa - TBC
- **Hepática**

Diagnóstico y peticiones básicas

- Analítica completa con proteinograma, inmunoglobulinas, marcadores tumorales (alfa-fetoproteína, CEA, Ca 125 y Ca 19.9), PCR.
- Radiografía de tórax y ECG
- Eco abdominal con valoración de suprahepáticas.
- Iones en orina de 24 horas
- Punción líquido tras confirmar que existe líquido por Rx abdomen o eco.
 - ✓ Fórmula y recuento, proteínas totales, albúmina, alfa-fetoproteína, ADA, LDH
 - ✓ Cultivo de líquido en 2 frascos de hemocultivos con al menos 10 ml cada uno.
 - ✓ 1 frasco para citología con al menos 10 ml.
- **Si se sospecha NO HEPATICA:**
 - ✓ Si sospecha de Insuficiencia cardiaca: HC a cardiología
 - ✓ Si sospecha de infección – TBC: Mantoux y Quantiferon en sangre + HC a Infecciosas
 - ✓ Si sospecha tumoral: TC T-A-P (D/C carcinomatosis). Según etiología:
 - Ginecológico: HC a ginecología.
 - No ginecológico: Valorar realización de gastroscopia, colonoscopia, PET
- **Sospecha de hepatopatía no conocida**
 - ✓ Serología VHB – VHC – VIH, autoanticuerpos (ANA, AML, AMA, anti-LKM1), ferritina y saturación de hierro, cobre y ceruloplasmina, alfa 1 antitripsina.
 - ✓ Gastroscopia antes del alta si no se le ha realizado en los 2 años anteriores. Valorar hipertensión portal.
 - ✓ Si febrícula... Hemocultivo – urocultivo.

Tratamiento

- Dieta sin sal. Con sodio normal no hay consenso en restricción de líquidos.
- Reposo relativo.
- Control de diuresis y peso diario.

- Si ascitis a tensión:
 - ✓ Paracentesis entre 6-10 litros con reposición de albúmina 8 gr por litro (1 frasco x litro)
 - ✓ Aldactone 100 mg 1-0-0
 - ✓ Seguril 40 mg 0-1-0
 - ✓ Valorar incrementar los diuréticos a los 3-7 días
- Si ascitis no a tensión:
 - ✓ Aldactone 100 1-0-0 (máximo 400 mg al día)
 - ✓ Seguril 40 0-1-0 (máximo 160 mg al día)
 - ✓ Valorar incrementar los diuréticos a los 3-7 días

Puntos clave

- Si creatinina > 3 y causa obstructiva por eco abdominal: HC a Urología.
- Si creatinina > 3, solicitar proteinuria, si es (+) valorar HC a Nefrología.
 - ✓ Descartar S. Hepatorrenal (creatinina se incrementa >1.5 mg/día en ausencia de hipovolemia, sin diuréticos 2 días y con expansión de volumen y albúmina 1g/kg/día), no proteinuria ni microhematuria y eco urológica normal)
- Si proteínas bajas en líquido ascítico: realizar profilaxis con Norfloxacin 400 mg al día.
- Controles analíticos frecuentes para valorar función renal 1-3 días. Si potasio bajo (< 3) retirar furosemina. Si potasio alto valorar (>6) retirar aldactone. Valorar retirar diuréticos si hiponatremia < 120 mmol/L, fallo renal progresivo, empeoramiento de encefalopatía o calambres incapacitantes.
- Corregir estreñimiento. Lactulosa o lactitol oral.
- Vitamina K – complejos vitamínicos en función de situación individual.
- IMPORTANTE TENER EN CUENTA: Función renal con otros fármacos como AINES, antibióticos, inhibidores de la angiotensina – antiHTA.
- Si **ascitis refractaria**: Paracentesis evacuadoras, TIPS, trasplante.
- Si **sospecha de PBE**: Ceftriaxona 2 gr iv el primer día, luego 1 gr/día. Alternativa Augmentine 1 g cada 8 horas.
- Valorar indicación de trasplante hepático.

Tratamiento Síndrome Hepatorrenal

Tipo I (aumento de creatinina > 2.5 mg/dl en menos de 2 semanas)

- Descartar causa de I. renal post-renal obstructiva. Realizar eco renal.
- Descartar infección. Valorar según el caso inicio de ATB empírico.

- Stop diuréticos para el diagnóstico. Posteriormente furosemida se podría administrar. No espirolactona.

Aportar volumen para descartar insuficiencia pre-renal. En caso de no respuesta:

- ✓ Terlipresina 1 mg cada 4-6 hora iv en bolus + albúmina
 - ✓ Si no hay respuesta en 3 días: Incrementar dosis de Terlipresina hasta 2 mg cada 4 horas.
 - ✓ Si no responde en 14 días: Suspender.
 - ✓ No administrar terlipresina si problemas isquémicos. Alternativa norepinefrina – midodrina más octeotride + albúmina.
- Si ascitis a tensión paracentesis con albumina (ver arriba)
 - Valorar trasplante renal tras la resolución. Pentoxifilina – Hemovas para evitar nuevos episodios (¿).

Tipo II (aumento de creatinina de forma menos progresiva)

- ✓ Terlipresina 1 mg cada 4-6 hora iv en bolus + albumina (respuesta 60-70%)

LESIONES OCUPANTES DE ESPACIO

Introducción - Etiología

- **No hepática:** metástasis. Benigna: abscesos
- **Hepática:** Hepatocarcinoma y colangiocarcinoma. Lesiones benignas: hemangiomas, quistes, adenomas..

Diagnóstico y peticiones básicas

- **Paciente sin hepatopatía:**
 - ✓ Analítica completa, proteinograma, marcadores tumorales (alfa-fetoproteína, CEA, Ca 125, Ca 19.9, PSA).
 - ✓ Rx tórax - ECG
 - ✓ TAC toraco-abdomino-pélvico
 - ✓ Si **sospecha de metástasis:**
 - Solicitar Punción de lesiones.
 - Descartar primario digestivo: Gastroscopia – colonoscopia
 - Descartar proceso ginecológico: HIC a ginecología, mamografías
 - Una vez confirmado proceso metastásico (HIC a oncología)
 - ✓ **No sospecha de proceso maligno:** Serología de toxocara-fasciola
- **Hepatopatía crónica**
 - ✓ Analítica completa (**filiar hepatopatía**) con proteinograma, serología VHB – VHC – VIH, autoanticuerpos (ANA, AML, AMA, anti-LKM1), ferritina y saturación de hierro, cobre y ceruloplasmina, alfa 1 antitripsina. Alfafetopróina.
 - ✓ Radiografía de tórax - ECG
 - ✓ TAC TAP
 - ✓ Gastroscopia: Valorar hipertensión portal
 - ✓ Sí sospecha de hepatocarcinoma, presentar en Comité de tumores.

Tratamiento

- Tratamiento sintomático con analgesia.

Puntos clave

- Hepatocarcinoma
 - ✓ Lesión única < 5 cm o < 4 lesiones menores de 3 cm en un lóbulo sin hipertensión portal y buena función hepática: Cirugía.
 - ✓ Mala función hepática: Trasplante hepático, radiofrecuencia o alcoholización
 - ✓ Lesión > 5 cm o > 3 lesiones: Quimioembolización
 - ✓ Ganglios (+) , metástasis o invasión portal: Sorafenib (tratamiento paliativo)

ICTERICIA

Introducción - Etiología

- Intrahepática; Hepáticas, fármacos, herboristería, tuberculosis, sífilis, leptospirosis, esquistosoma, Listeria, Fiebre Q.
- Extrahepática;
 - ✓ Benigna; litiasis, infecciones (fasciola), colecistitis
 - ✓ Maligna

Peticiones básicas

- Eco en urgencias siempre.
- Analítica general con marcadores tumorales.
 - ✓ Segunda fase ...cromogranina
- Preoperatorio (ECG – Rx tórax). HIC a anestesia.
- Prueba de imagen
 - ✓ TAC TAP: Si por clínica orienta a tumor (ictericia indolora, síndrome constitucional, evolución más larga...)
 - ✓ RMN colangio: Si por clínica orienta a litiasis (dolor, más agudo, colelitiasis)
 - ✓ ERCP + EE: Si coledocolitiasis
- **Si tumor:**
 - ✓ HC a Cirugía y actuación en función de su respuesta (no cirugía – cirugía directa – descompresión biliar previa a la cirugía).
 - ✓ Si no es quirúrgico: ERCP y citología + HC a oncología.
- **Ictericia sin dilatación biliar**
 - ✓ Solicitar analítica completa que incluya serología de virus hepatitis A, B, C, parvovirus, Epstein-Barr, CMV.
 - ✓ Autoanticuerpos (ANA, AMA, AML, anti-LKM1)
 - ✓ Hormonas tiroideas
 - ✓ Proteinograma – inmunoglobulinas

Si todo negativo: Valorar otra etiología (fármacos, herboristería, tuberculosis, sífilis, leptospirosis, esquistosoma, Listeria, Fiebre Q). Valorar **Biopsia hepática** en función de resultados.

Tratamiento

- Sintomático. Dieta biliar.
- Vitamina K
- Analgesia
- **En caso de colecistitis/colangitis, ATB empírico precoz:**
 1. COLECISTITIS AGUDA SIMPLE: Amoxicilina-clavulánico 2g/8h iv o ceftriaxona 1g/12h. Si alergia: Ciprofloxacino 400mg/12 iv + metronidazol 500mg/8h iv
 2. COLANGITIS, COLECISTITIS ENFISEMATOSA, GANGRENOSA, SEPSIS GRAVE O POST MANIPULACIÓN:
 - Monoterapia: Piperacilina/tazobactam 4/0.5g /6-8h iv
 - Combinada: Ceftriaxona 1g/24h + Metronidazol 1.5g/24 h
 - Alérgicos: Ciprofloxacino 400mg/12h iv + Metronidazol 500mg/8h iv
 - Alternativas: Levofloxacino 500mg/24h iv + Metronidazol 500mg/8h iv o Monoterapia con carbapenem (imipenem 500g/6h, meropenem 1g/8h o ertapenem 1g/24 h)
 3. SHOCK SÉPTICO O SARM: Piperacilina/tazobactam 4/0.5g /6-8h iv o Meropenem 1g/8h + Vancomicina 15mg/kg/12h iv (ver función renal).
 - En caso de alérgicos: valorar prueba de provocación de meropenem (HC urgente a Alergología)
 - En caso de insuficiencia renal: Daptomicina o Linezolid.

Puntos clave

- **Si diagnóstico de colecistitis realizar HC a Cirugía**
- Si sospecha de colangitis (fiebre-dolor-ictericia y dilatación vía biliar):
 - ✓ Estable hemodinámicamente: Iniciar antibióticos y CPRE programada
 - ✓ Inestable /séptico: Iniciar antibióticos y CPRE urgente.

AUMENTO DE TRANSAMINASAS > 1000 UI (NO PREDOMINA COLESTASIS) E INR > 1.5

Introducción - Etiología

La etiología puede ser diversa: Alcohol, virus de las hepatitis, fármacos, herboristería, hepatitis autoinmune, CBP, hemocromatosis, Wilson, tuberculosis, sífilis, leptospirosis, esquistosoma, Listeria, Fiebre Q.

Peticiones básicas

- Eco en urgencias siempre.
- Analítica general (proteína C reactiva)
 - ✓ Proteinograma, inmunoglobulinas. TSH. Anti-transglutaminasa.
 - ✓ Serología hepatitis – VHB, VHC, VHA, Epstein-Barr, CMV, parvovirus, VHE.
 - ✓ Autoanticuerpos (ANA, AMA, AML, anti-LKM1)
 - ✓ Perfil férrico
 - ✓ Cobre, ceruloplasmina, alfa-1 antitripsina.
 - ✓ Si sugiere en la historia clínica de tóxicos...solicitar en orina: cocaína, anfetaminas, éxtasis, cannabis, benzodiazepinas
- Preoperatorio (ECG – Rx tórax).
- Ecografía abdominal en caso de no estar realizada en urgencias.

Tratamiento

- Suero glucosados...para evitar hipoglucemias. Destroxtis.
- Sintomático. Dieta biliar. Retirar fármacos recientes.
- Vitamina K
- Valorar tratamiento con Legalon (silimarina): 1 cápsula después del desayuno, comida y cena. Tratamiento por 4-6 semanas con dosis de mantenimiento de 1 cápsula 2 veces/día.

Puntos clave

- Si aparece encefalopatía....Hablar y trasladar a Unidad hepática de Cruces – Trasplante
- Controles analíticos cada 2-3 días
- VHB y VHC aguda no tratamiento de inicio. Sólo en casos de mala evolución, deterioro de la coagulación, etc.
- Diferenciar hepatitis aguda versus hepatopatía crónica reagudizada: Valorar por historia clínica – signos ecográficos – analíticos.