



Resolución Directoral

Callao, 31 de Diciembre de 2015

VISTOS:

El Informe N° 004-AMDG-HNDAC-C-2015, de fecha 20 de agosto de 2015, emitido por el Asesor Médico de la Dirección General y el Memorando N° 739-2015-OEPE-UO-HNDAC-2015, de fecha 20 de octubre de 2015, emitido por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señala que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; siendo la protección de la salud de interés público como la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea;

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la citada Ley, establece como responsabilidad del Estado, promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud, a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad, siendo irrenunciable, la responsabilidad del Estado, en la provisión de servicios de salud pública, el estado interviene en la provisión de servicios de atención médica con arreglos a principios de equidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, se aprobó la NTS N° 117-MINSA/DGSP-V01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", cuya finalidad es estandarizar los procesos de elaboración y el uso de Guías de Práctica Clínica que aprueba el Ministerio de Salud;

Que, el ámbito de aplicación de la citada norma técnica, se circunscribe entre otros a las Direcciones Regionales de Salud, las Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces, y por los establecimientos de salud a su cargo;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2005/MINSA, se aprobaron las "Normas de Elaboración de Documentos Normativos del MINSA", siendo uno de sus objetivos específicos el brindar a las dependencias y entidades del Ministerio de Salud, una herramienta que les facilite el desarrollo de un marco normativo simple, ágil, estandarizado y de fácil aplicación, operación y funcionamiento;

Que, asimismo, el artículo 5 del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo establece que "los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo para dar inicio a sus actividades deben contar con un reglamento interno y otros documentos de gestión (...), siendo además, que deben contar, en cada área, unidad o servicio, con



manuales de procedimientos, guías de práctica clínica referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad, y otros que sean necesarios, según sea el caso”;

Que, el numeral 61.2 del artículo 61 de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, establece que toda Entidad es competente para realizar las tareas materiales internas necesarias para el eficiente cumplimiento de su misión y objetivos, así como para la distribución de las atribuciones que se encuentran comprendidas dentro de sus competencias;

Que, mediante el Informe N° 004-AMDG-HNDAC-C-2015, emitido por el Asesor Médico de la Dirección General, y el Memorando N° 739-2015-OEPE-UO-HNDAC-2015, emitido por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, se considera pertinente aprobar las Guías de Práctica Clínica para la Atención de Dispepsia, para el Manejo de Hemorragia Digestiva Alta No Varicial y para el Manejo de Coledocolitiasis del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión;

Que, sobre el particular, el literal c) del artículo 8 del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, establece como atribución y responsabilidad de la Dirección General entre otros, aprobar documentos de gestión, según las normas vigentes, así como ejecutar eficiente del presupuesto asignado;

En uso de las facultades y atribuciones conferidas a la Directora General en el literal j) del Artículo 8° del “Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión”, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 000006;

Con la visación de la Dirección Adjunta de Gestión Clínica, la Dirección Adjunta de Gestión en la Producción de Servicios de Salud, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y la Oficina de Asesoría Jurídica.

SE RESUELVE:

Artículo 1°.-APROBAR las Guías de Práctica Clínica de las Patologías del Servicio de Gastroenterología del Departamento de Medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao; las mismas que forman parte, como anexo, de la presente resolución y que a continuación se detallan:

- GPC para la Atención de Dispepsia
- GPC para el Manejo de Hemorragia Digestiva Alta No Varicial
- GPC para el Manejo de Coledocolitiasis

Artículo 2°.-ENCARGAR al Departamento de Medicina, la ejecución de las acciones correspondientes a la difusión, implementación, aplicación y supervisión de la guía citada en el artículo precedente.

Artículo 3°.-DEJAR SIN EFECTO todo instrumento interno que contravenga lo dispuesto en las Guías de Práctica Clínica aprobadas en el artículo 1° de la presente resolución.

Artículo 4°.-PUBLICAR la presente resolución en el Portal Institucional (www.hndac.gob.pe), en cumplimiento a la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública y sus modificatorias.

Regístrese, comuníquese y cúmplase.


GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

Dra. María Elena Aguilar Del Aguila
CMP 02/512 RNE 011809
DIRECTORA GENERAL

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC- DM- SG-001
	Dispepsia Departamento de Medicina Servicio de Gastroenterología Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 001
		Página 1 de 14

GUIA TÉCNICA:

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE DISPEPSIA

HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"

    	Elaborado por: DM-SG	Dra. Sonia Salazar Ventura Dr. Cesar Huamán Villanueva Dr. Eduardo Monge Salgado Dr. Milko Ramos Barrientos Dr. Pedro Montes Teves Dr. Víctor Suyo Zevallos Dr. Nilton Ríos Julca Dr. Omar Rodríguez Vargas
	Revisado por:	DG-DAGC Dr. Segundo García García DG-DAPSS Dr. Élder Del Aguila Quispe DG-Asesor Dr. Victor Ronceros Rivadeneira DM Dr. Eduardo Fernandez Martinez OAJ Dra. Susana Verano Zelada OEPE Econ. Juan Ruiz Ramirez
	Aprobado por: DG	Dr. María Elena Aguilar Del Aguila
Resolución Directoral N.º 447 - 2015		Fecha: 30/12/15.



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

GPC- DM- SG-001

Dispepsia
Departamento de Medicina
Servicio de Gastroenterología
Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"

Edición N.º 001

Página 2 de 14

INDICE

I.	FINALIDAD.....	3
II.	OBJETIVO.....	3
III.	AMBITO DE APLICACIÓN.....	3
IV.	PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR.....	3
	4.1 NOMBRE Y CODIGO CIE 10:	3
V.	CONSIDERACIONES GENERALES:.....	3
5.1.	DEFINICIONES	3
5.2.	ETIOLOGIA:.....	4
5.3.	FISIOPATOLOGIA :	5
5.4.	ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS :	5
5.5.	FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:	6
VI.	CONSIDERACIONES ESPECIFICAS:.....	6
6.1.	CUADRO CLINICO:.....	6
6.2.	DIAGNOSTICO Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:.....	8
6.3.	EXAMENES AUXILIARES:.....	10
6.4.	MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD:	10
	6.4.1. MEDIDAS GENERALES, ESPECIFICAS Y PREVENTIVAS:.....	10
	6.4.2. TERAPEUTICA.....	10
	6.4.4 SIGNOS DE ALARMA.....	11
	6.4.5 CRITERIOS DE ALTA:.....	11
	6.4.6 PRONÓSTICO:.....	11
6.5.	COMPLICACIONES:	11
6.6.	CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA:.....	11
6.7.	FLUXOGRAMA:.....	12
VII.	ANEXOS.....	14
VIII.	BIBLIOGRAFIA:.....	14



E. DEL AGUILA G.



S. GARCIA G.



J. ROZ R.



S. VERAY

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC- DM- SG-001
	Dispepsia Departamento de Medicina Servicio de Gastroenterología Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 001
		Página 3 de 14

I. FINALIDAD



La presente guía tiene como finalidad proporcionar una herramienta sencilla, organizada y basada en evidencia sobre el diagnóstico y manejo de la Dispepsia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

II. OBJETIVO



Establecer parámetros y pautas basada en evidencias, requeridas tanto en la evaluación, detección, diagnóstico y manejo de la Dispepsia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

III. AMBITO DE APLICACIÓN



La presente guía está dirigida para médicos internistas y para médicos gastroenterólogos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

Diagnóstico y tratamiento de la Dispepsia
NOMBRE Y CODIGO CIE 10: K 30

V. CONSIDERACIONES GENERALES



5.1 DEFINICIONES Y SIGLAS:

a) DEFINICION

Se define como la presencia en hemiabdomen superior o retrosternal de dolor, molestia, ardor, náuseas, vómito o cualquier otro síntoma que se considere originado en el tracto gastrointestinal superior. (1, 2)

b) SIGLAS:

SDP: síndrome de distres posprandial
SDE: síndrome de dolor epigástrico
HP; Helicobacter pylori

c) DEFINICION DE ELEMETOS CLINICOS BASICOS:

Dispepsia no investigada: Dispepsia (de acuerdo con la definición anterior) en ausencia de estudio diagnóstico. (2)





GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC- DM- SG-001
Dispepsia Departamento de Medicina Servicio de Gastroenterología Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 001
	Página 4 de 14



Dispepsia orgánica o de causa conocida: Dispepsia (de acuerdo con la definición anterior) en la que se ha detectado alguna causa que razonablemente justifique los síntomas. (2)

Dispepsia funcional (de acuerdo con la clasificación de Roma III): «Síntoma o conjunto de síntomas que la mayoría de médicos considera que tienen su origen en la región gastroduodenal, siendo estos síntomas la pesadez posprandial, saciedad precoz, dolor y ardor epigástrico». Los síntomas pueden ser continuos o intermitentes y estar o no relacionados con la ingesta de alimentos. Los síntomas deben haber aparecido al menos 6 meses antes del diagnóstico y estar activos durante al menos 3 meses. Requiere un estudio diagnóstico adecuado que incluya, al menos, una endoscopia normal y la ausencia de infección por *H. pylori* y que excluya cualquier enfermedad orgánica, sistémica o metabólica que justifique los síntomas. (2,3)



5.2 ETIOLOGÍA

- El 40% de los pacientes investigados presentan dolencia orgánica. (2, 3, 4)
- Causas orgánicas de dispepsia:

Causas digestivas frecuentes	<ul style="list-style-type: none"> • Úlcera péptica • Fármacos (AINEs, esteroides, digoxina, eritromicina, potasio, hierro, narcóticos, sildenafil, nitratos, fibratos, etc.) • ERGE • Intolerancia alimentaria
Causas digestivas menos frecuentes	<ul style="list-style-type: none"> • Patología biliopancreática • Carcinoma gástrico o esofágico • Isquemia mesentérica crónica • Cirugía gástrica • Patologías del tracto digestivo inferior • Enfermedad celíaca • Obstrucción intestinal parcial • Enfermedades infiltrativas • Infecciones gástricas • Parásitos • Vólvulo gástrico crónico
Causas no digestivas	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones metabólicas: uremia, hipotiroidismo, etc. • Diabetes • Síndromes de pared abdominal

- El 60% presenta trastorno funcional. (2, 3, 4)



	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC- DM- SG-001
	Dispepsia Departamento de Medicina Servicio de Gastroenterología Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 001
		Página 5 de 14

5.3 FISIOPATOLOGÍA

En cuanto a la fisiopatología de la dispepsia funcional el origen de los síntomas no está claro. La clínica se debe a un solapamiento de alteraciones motoras y sensitivas del tracto digestivo superior. Entre un 25-40% presenta un retraso en el vaciamiento gástrico. Un 40% de los pacientes presenta una alteración de la acomodación del estómago. Una tercera parte de los pacientes presenta una hipersensibilidad a la distensión mecánica o la llegada de ciertos nutrientes al duodeno. No se ha demostrado una asociación clara entre el *Helicobacter pylori* y la dispepsia funcional. (5)

Los factores desencadenantes y predisponentes por los que se origina la dispepsia funcional no están claramente establecidos. Entre los mecanismos propuestos se incluyen alteraciones de la función motora (fracaso de los fenómenos de relajación adaptativa del fundus tras la ingesta de alimento, enlentecimiento del vaciado gástrico, defectos de contracción e hipomotilidad del antro, alteración de la motilidad intestinal), las alteraciones de la sensibilidad visceral (hipersensibilidad del estómago a la distensión y sensibilidad anormal al ácido), los mecanismos relacionados con la respuesta a las infecciones o a alteraciones de la inmunidad o como manifestaciones de desajustes psicológicos. (2)

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

La prevalencia de la dispepsia varía considerablemente en las distintas poblaciones y depende de la definición utilizada en los diferentes estudios. En estudios que utilizan como definición "dolor en el abdomen superior" la prevalencia de dispepsia varía entre el 7% y el 34%. Cuando la definición es más amplia "síntomas gastrointestinales en abdomen superior", se observa una prevalencia de entre el 23% y el 45%. (6)

La prevalencia de dispepsia depende no solamente de cómo se realizan las preguntas, sino de cómo son interpretadas por el propio enfermo y por el médico. Diversas revisiones no sistemáticas sobre la dispepsia, sitúan a la dispepsia funcional como la causa más común (60%). (2)

La prevalencia de síntomas de dispepsia en la población general es muy variable, con cifras que oscilan entre 8 y 54%. (7)



E. DEL AGUILA D



S. GARCIA G.



J. RUIZ R.



S. VERANO Z



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC- DM- SG-001
Dispepsia Departamento de Medicina Servicio de Gastroenterología Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 001
	Página 6 de 14



5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.5.1 Medio ambiente

Los trastornos psicológicos y psiquiátricos presentan una asociación con la dispepsia funcional.

Pruebas de alta calidad indica que la infección por H. pylori es la causa de los síntomas dispépticos en una pequeña proporción de la población infectada con dispepsia funcional. (5)

5.5.2 Estilos de vida

Existen resultados contradictorios con: café, tabaco, obesidad, clase social baja, eventos vitales estresantes.

A pesar de que en algunos estudios poblacionales la dispepsia aparece más frecuentemente en mujeres, en la mayoría de los estudios se describe una frecuencia similar entre ambos sexos. (6)

Los estudios disponibles consideran que la edad, el tabaco y la ingesta regular de alcohol no son factores de riesgo asociados a la dispepsia. Los fármacos, especialmente los AINE son una causa frecuente de dispepsia.

5.5.3 Factores hereditarios

Algunos estudios también sugieren una cierta predisposición genética.(2)

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 CUADRO CLÍNICO

Los síntomas pueden ser continuos o intermitentes y estar o no relacionados con la ingesta de alimentos. Síntomas dolor epigastrio, saciedad precoz, distensión, plenitud, eructos y náuseas.

6.1.1 Grupos de signos y síntomas

Síndrome de distrés posprandial

Plenitud posprandial

- Aparición que sigue a una comida convencional.
- Al menos varias veces por semana.

Saciedad precoz

- Que evita terminar una comida regular.
- Y ocurre al menos varias veces por semana.



Síndrome de dolor epigástrico.

Intermitente.
 Localizado en el epigastrio.
 De intensidad al menos de moderada grave.
 Mínimo una vez por semana.
 No es generalizado o localizado en otras regiones abdominales o torácicas.
 No está relacionado con la defecación o flatulencia.
 No cumple criterios para desórdenes de vesícula biliar o esfínter de Oddi.



6.1.2 Interacción cronológica

6.1.3 Gráficos, diagrama o fotografía

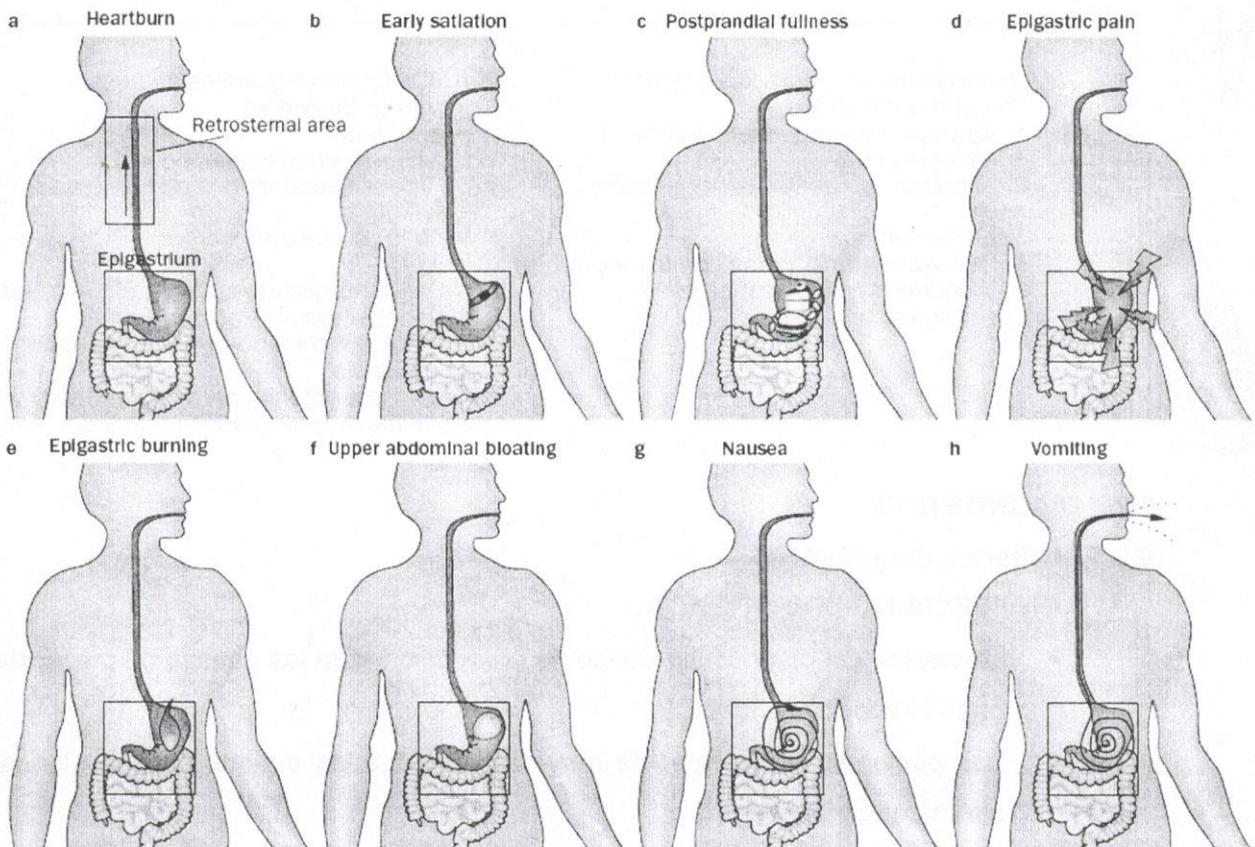
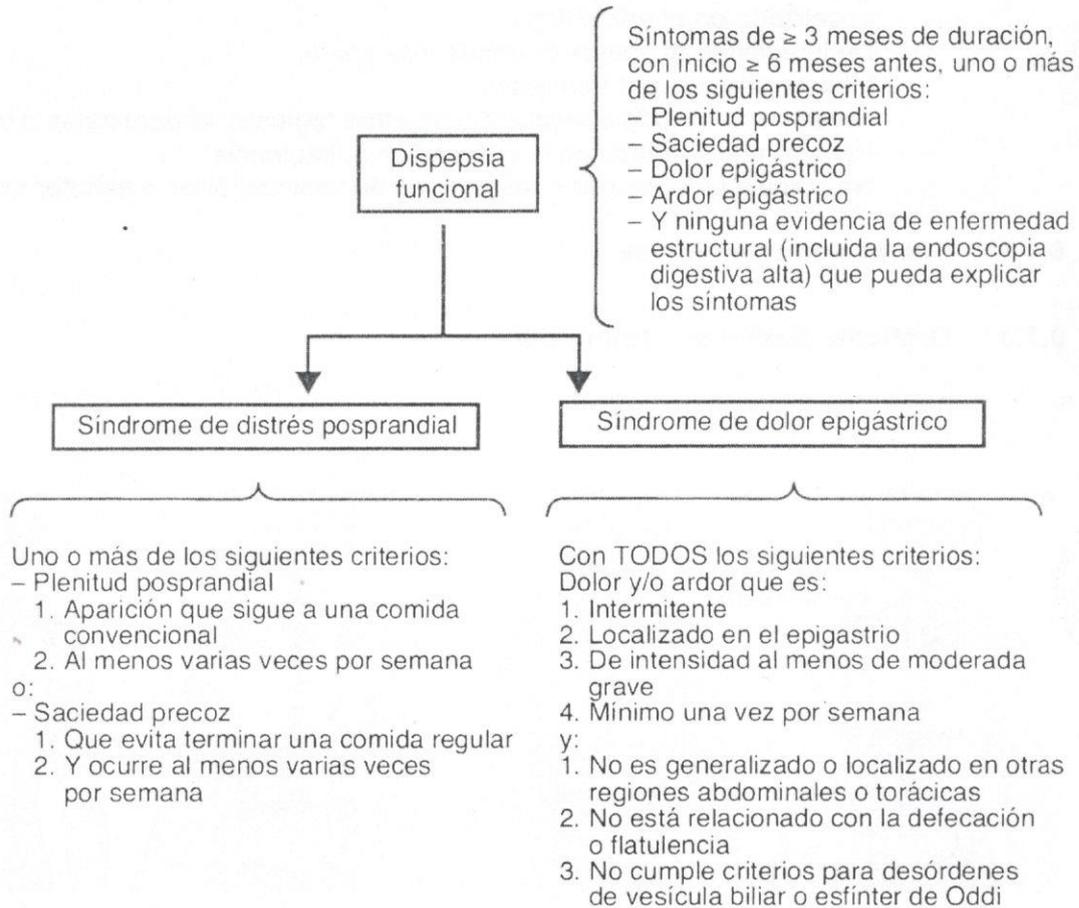
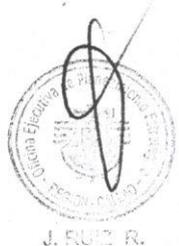


Figure 1 | Graphical representations of the functional dyspepsia symptom profile that could be used to help patients identify their symptom descriptions. **a** | Epigastric and retrosternal regions, where dyspeptic and oesophageal symptoms are experienced, respectively. **b** | Early satiety. **c** | Postprandial fullness. **d** | Epigastric pain. **e** | Epigastric burning. **f** | Upper abdominal bloating. **g** | Nausea. **h** | Vomiting.





6.2 DIAGNÓSTICO

6.2.1 Criterios diagnósticos

DISPEPSIA NO INVESTIGADA:

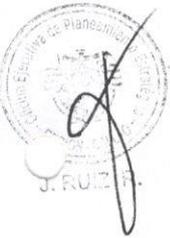
- La validez del diagnóstico clínico de presunción para las causas de dispepsia es bajo alrededor de 55-60%.
- Los pacientes con dispepsia mayores de 40 años o aquellos con signos de alarma que incluyen:
 - Anemia
 - Sangrado gastrointestinal
 - Saciedad temprana
 - Perdida inexplicada de peso ($>10\%$ peso corporal)
 - Disfagia progresiva
 - Odinofagia

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC- DM- SG-001
	Dispepsia Departamento de Medicina Servicio de Gastroenterología Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 001
		Página 9 de 14

- Vómitos persistentes
- Historia familiar de cáncer gastrointestinal
- Malignidad esófago gástrica previa
- Úlcera péptica documentada previamente
- Linfadenopatías
 - Masa abdominal.
- Estos pacientes deben ir pronto a endoscopia alta para descartar enfermedad ulcero péptica, malignidad u otras raras enfermedades gastrointestinales.
- En los pacientes <40 años con síntomas de dispepsia y sin signos o síntomas de alarma de reciente comienzo no está justificado realizar una endoscopia de manera sistemática con el objetivo de descartar cáncer gástrico.
- Endoscopias altas repetidas no está recomendado una vez hecho el diagnóstico de dispepsia funcional, a menos aparición de nuevo síntomas o características de alarma.

6.2.2 Diagnóstico diferencial

- Anomalías estructurales
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- Cólico biliar
- Pancreatitis crónica
- Enfermedad celiaca
- Intolerancia a la lactosa
- Drogas
- Gastroenteritis eosinofílica
- Enfermedad de Crohn
- Parasitosis
- Angina intestinal.
- Síndrome de intestino irritable





GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dispepsia
Departamento de Medicina
Servicio de Gastroenterología
Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"

GPC- DM- SG-001

Edición N.º 001

Página 10 de 14



6.3 EXÁMENES AUXILIARES

6.3.1 De patología clínica

La toma de biopsia durante el procedimiento endoscópico dependerá de la decisión del operador tomando en cuenta cada caso de forma individual.

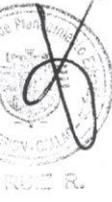
6.3.2 De imágenes

Ecografía abdominal para descartar litiasis vesicular.

6.3.3 De exámenes especializados complementarios

La endoscopia alta es la técnica de elección para investigar lesiones del tracto digestivo superior y presenta un elevado rendimiento para la detección de patología orgánica.

Exámenes básicos: hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, examen de orina, parasitológico seriado, ecografía de abdomen, perfil hepático.



6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 Medidas generales y preventivas

Es importante que exista una buena relación medico paciente. Las medidas higiénico dietéticas y el tratamiento sintomático pueden ser beneficiosos. Es aconsejable promover hábitos de vida saludables.

La estrategia mediante la endoscopia inicial en dispepsia no investigada no se a mostrado más eficaz que el tratamiento empírico.

6.4.2 Terapéutica

El riesgo de malignidad se incrementa con la edad es así que en individuos mayores de 40 años y que desarrollan nuevo síntomas de dispepsia deberían ir primero a endoscopia alta para descartar patología orgánica.

El tratamiento empírico antisecretor es inicialmente eficaz en la dispepsia no investigada (nivel de evidencia 1b)

En nuestro medio debido a la alta prevalencia de infección por HP y a que la prueba de aliento con urea C13 no está al alcance de la población general la estrategia del test and treat no está recomendada.

En casos de dispepsia funcional tipo síndrome de dolor epigástrico y sin signos de alarma un tratamiento empírico con acido supresores por 4-8 semanas es la primera



VERANO, Z.

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC- DM- SG-001
	Dispepsia Departamento de Medicina Servicio de Gastroenterología Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 001
		Página 11 de 14

línea de tratamiento (nivel de evidencia 1a), si esta terapia falla sería necesario aumentar el tratamiento lo cual podrá requerir cambiar la droga o aumentar la dosis.

En casos de dispepsia funcional tipo síndrome de distres postprandial y sin signos de alarma un tratamiento empírico con procinéticos por 4-8 semanas es tratamiento de elección (nivel de evidencia 2).

En los que responden a la terapia inicial se debe detener tratamiento a las 4-8 semanas, y si los síntomas recurren otro curso de tratamiento debe realizarse.

Las intervenciones psicológicas y el tratamiento con fármacos antidepresivos podrían tener un efecto beneficioso en el manejo de la dispepsia funcional que no responde al tratamiento inicial.



6.4.3 Efectos adversos o colaterales del tratamiento y su manejo

6.4.4 Signos de alarma

Pérdida de peso no justificada, hematemesis, melena, disfagia, odinofagia, llenura precoz.

Para una evaluación endoscópica también se considera edad mayor a 40 años y antecedente familiar de cáncer gástrico.

6.4.5 Criterios de alta

Paciente que responde al tratamiento establecido según algoritmo.

6.4.6 Pronóstico

Aunque la dispepsia funcional tiene un buen pronóstico afecta notablemente la calidad de vida de los pacientes. Dada su elevada prevalencia, tiene, además, un impacto social y económico considerable.

6.5 COMPLICACIONES

Ninguna.

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional contrarreferidos a centros de primer nivel de atención para manejo y seguimiento del tratamiento establecido.

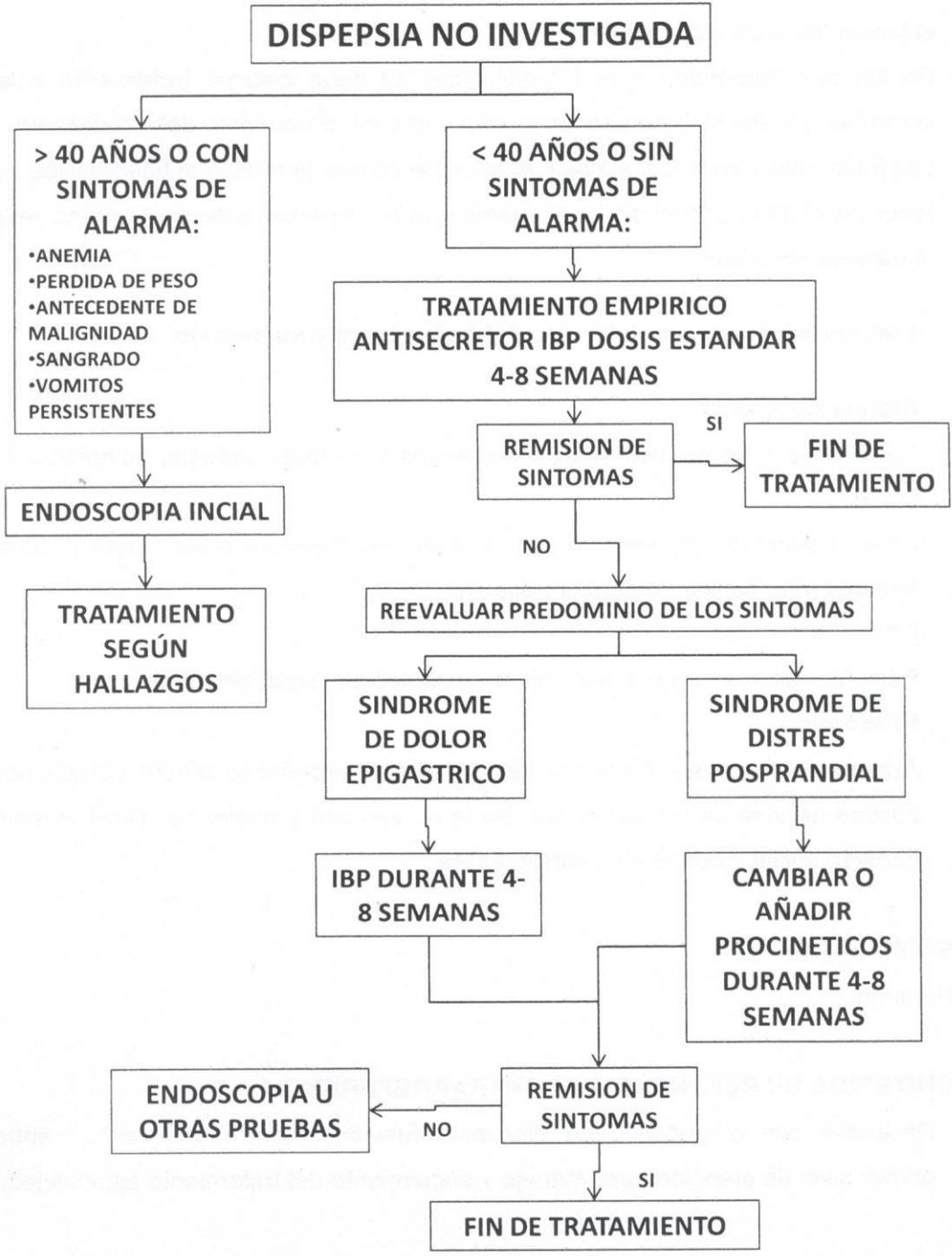
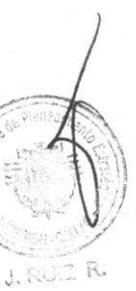




GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA Dispepsia Departamento de Medicina Servicio de Gastroenterología Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	GPC- DM- SG-001
	Edición N.º 001
	Página 12 de 14

6.7 FLUXOGRAMA/ALGORITMO

ENFOQUE DIAGNOSTICO TERAPÉUTICO DE LA DISPEPSIA NO INVESTIGADA

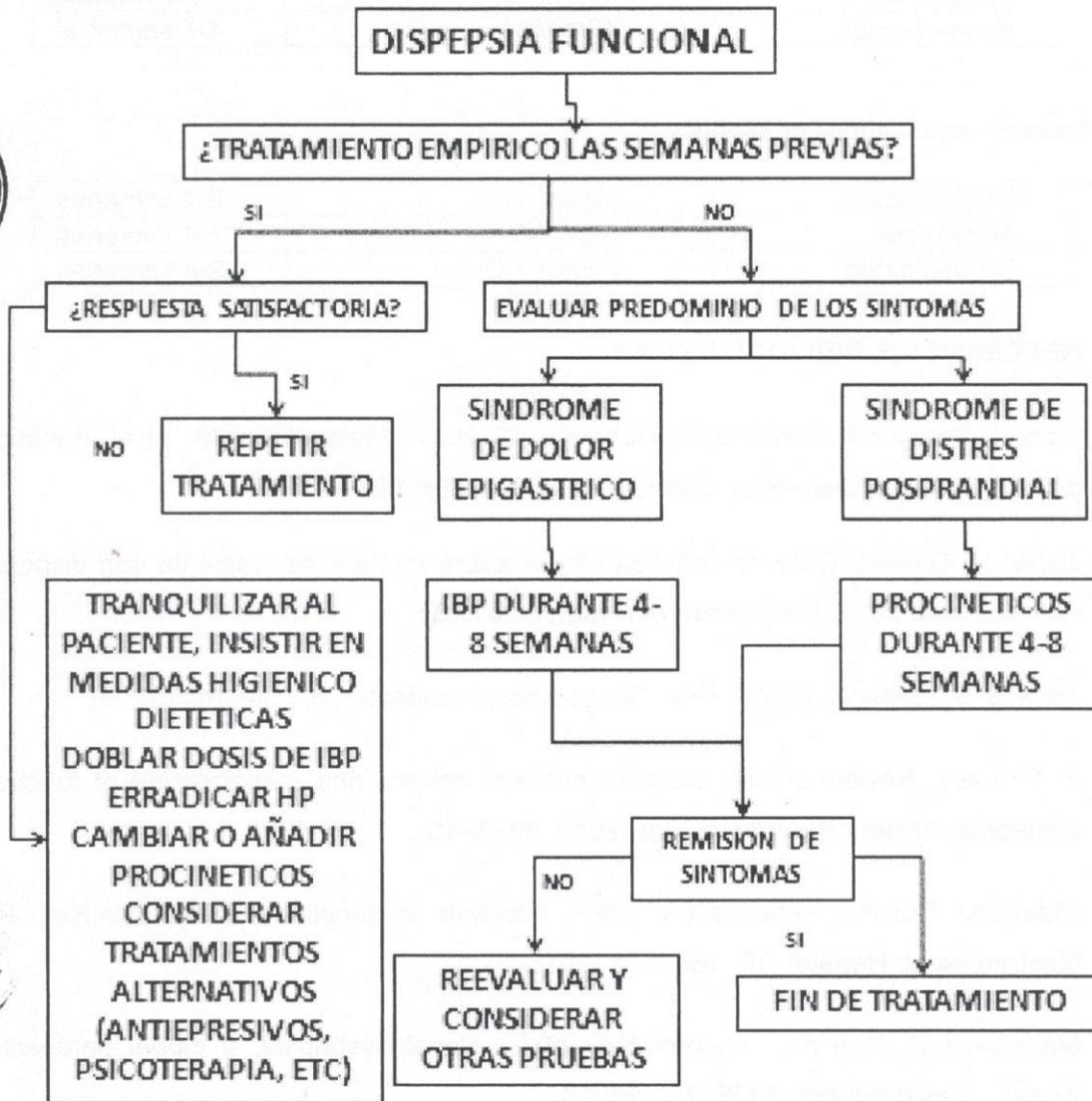




ENFOQUE TERAPEUTICO DE LA DISPEPSIA FUNCIONAL



S. GARCIA G.



J. RUIZ R.





GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

GPC- DM- SG-001

Dispepsia
Departamento de Medicina
Servicio de Gastroenterología
Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"

Edición N.º 001

Página 14 de 14



VII. ANEXOS

Fármacos inhibidores de la bomba de protones empleados:

Omeprazol	20mg/día	4-8 semanas
Pantoprazol	40mg/día	4-8 semanas
Esomeprazol	40mg/día	4-8 semanas

Fármacos procinéticos empleados:

Domperidona	10mg/ TID	2-4 semanas
Mosaprida	5mg/TID	2-4 semanas
Levosulpiride	25mg/ TID	2-4 semanas

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Tack J, Talley NJ, Camilleri M, Holtmann G, Hu P, Malagelada JR, et al. Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterology*. 2006;130:1466-79.
- Javier P. Gisbert. Guía de práctica clínica sobre manejo del paciente con dispepsia. Actualización 2012. *Gastroenterol Hepatol*. 2012;35.
- Tack, J. & Talley, N. J. *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol*. 10, 134–141 (2013).
- B. E. Lacy. Review article: current treatment options and management of functional dispepsia. *Aliment Pharmacol Ther* 2012; 36: 3–15.
- Hidekazu Suzuki. Helicobacter pylori infection in functional dyspepsia. *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol*. 10, 168–174 (2013).
- Mahadeva S, Goh KL. Epidemiology of functional dyspepsia: a global perspective. *World J Gastroenterol*. 2006; 12: 2661-6.
- Ferrándiz J. Abordaje de la dispepsia. Dispepsia, definición y epidemiología. *GH Continuada*. 2006;4:149-54.



	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC- DM- SG-003
	Hemorragia Digestiva Alta No Varicial Departamento de Medicina Servicio de Gastroenterología Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 001
		Página 1 de 15

GUIA TÉCNICA:

**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL
MANEJO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA
ALTA NO VARICIAL
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION**



Elaborado por:	DM-SG	Dra. Sonia Salazar Ventura Dr. Cesar Huamán Villanueva Dr. Eduardo Monge Salgado Dr. Milko Ramos Barrientos Dr. Pedro Montes Teves Dr. Víctor Suyo Zevallos Dr. Nilton Ríos Julca Dr. Omar Rodríguez Vargas
Revisado por:	DG-DAGC DG-DAPSS DG-Asesor DM OAJ OEPE	Dr. Segundo García García Dr. Élder Del Aguila Quispe Dr. Victor Ronceros Rivadeneira Dr. Eduardo Fernandez Martinez Dra. Susana Verano Zelada Econ. Juan Ruiz Ramirez
Aprobado por:	DG	Dr. María Elena Aguilar Del Aguila
Resolución Directoral N.º	417-2015	Fecha: 31/12/15.

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC- DM- SG-003
	Hemorragia Digestiva Alta No Varicial Departamento de Medicina Servicio de Gastroenterología	Edición N.º 001
	Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Página 2 de 15

INDICE

I.	FINALIDAD.....	3
II.	OBJETIVO.....	3
III.	AMBITO DE APLICACIÓN.....	3
IV.	PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR.....	3
	4.1 NOMBRE Y CODIGO CIE 10:	3
V.	CONSIDERACIONES GENERALES:.....	3
5.1.	DEFINICION Y SIGLAS.....	3
5.2.	ETIOLOGIA:.....	4
5.3.	FISIOPATOLOGIA :	4
5.4.	ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS :	5
5.5.	FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:	5
VI.	CONSIDERACIONES ESPECIFICAS:.....	5
6.1.	CUADRO CLINICO:.....	5
6.2.	DIAGNOSTICO Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:.....	6
6.3.	EXAMENES AUXILIARES:.....	6
6.4.	MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD:	7
6.4.1.	MEDIDAS GENERALES, ESPECIFICAS Y PREVENTIVAS:.....	7
6.4.2.	TRATAMIENTO, EFECTOS ADVERSOS DEL TRATAMIENTO:.....	10
6.4.3.	EFECTOS ADVERSOS DEL TRATAMIENTO.....	12
6.4.4.	SIGNOS DE ALARMA.....	12
6.4.5.	CRITERIOS DE ALTA:.....	12
6.4.6.	PRONOSTICO:.....	12
6.5.	COMPLICACIONES:	13
6.6.	CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA:.....	13
6.7.	FLUXOGRAMA:.....	13
VII.	ANEXOS.....	15
VIII.	BIBLIOGRAFIA:.....	15



E. DEL AGUILA O.



S. GARCIA G.



J. RUIZ R.



f

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC- DM- SG-003
	Hemorragia Digestiva Alta No Varicial Departamento de Medicina Servicio de Gastroenterología Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 001
		Página 3 de 15

I. FINALIDAD:

La presente guía tiene como finalidad proporcionar una herramienta sencilla, organizada y basada en evidencia sobre el diagnóstico y manejo de la Hemorragia Digestiva Alta No Varicial.

II. OBJETIVO:

Establecer parámetros y pautas basada en evidencias, requeridas tanto en la evaluación, detección, diagnóstico y manejo de la Hemorragia Digestiva Alta No Varicial en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

III. AMBITO DE APLICACIÓN:

La presente guía esta dirigida para médicos internistas, emergenciólogos y para médicos gastroenterólogos.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

Diagnostico y tratamiento de la Hemorragia Digestiva Alta No Varicial.

NOMBRE Y CODIGO CIE 10:

Hematemesis K92.0

Melena K92.1

Hemorragia gastrointestinal no especificada K92.2

V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1. DEFINICIONES Y SIGLAS:

a) DEFINICION:

Sangrado gastrointestinal que ocurre proximal al ángulo de Treitz habiéndose descartado sangrado per oral no digestivo: epistaxis, sangrado faríngeo, hemoptisis, y pseudomelena (por ingerir alimentos que contienen sangre animal, betarraga, vino, medicación, bismuto, hierro, regaliz)

b) SIGLAS:

ESRM: Estigma de Sangrado Reciente

HDA: Hemorragia Digestiva Alta

HDA-NV: Hemorragia Digestiva Alta No Varicial

RCP: Reanimación Cardiopulmonar

TGI: Tracto Gastrointestinal

UCI: Unidad De Cuidados Intensivos.

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC- DM- SG-003
	Hemorragia Digestiva Alta No Varicial	Edición N.º 001
	Departamento de Medicina Servicio de Gastroenterología Hospital Nacional “Daniel Alcides Carrión”	Página 4 de 15

c) DEFINICION DE ELEMETOS CLINICOS BASICOS:

- Hematemesis: es la expulsión de vomito con sangre procedente del TGI alto
- Melena: es la expulsión de deposiciones negras, viscosas y malolientes debido a la presencia de sangre degradada proveniente del TGI alto
- Pseudomelena: deposiciones negras sin contenido hemorrágico, puede ser debido a: sales de fierro, sales de bismuto, etc.
- Vómitos borráceos: expulsión de vomito con sangrado no activo en forma de “borra de café”, color marrón.
- Hipotensión ortostática: se define como la caída de 20 mmHg o más en la TAS (tensión arterial sistólica) o un descenso de la TAS por debajo de 90 mmHg y una caída de 10 mmHg o más en la TAD (tensión arterial diastólica) o un descenso de la TAD por debajo de 60 mmHg dentro de los primeros 3 minutos tras adoptar la posición ortostática.

5.2. ETIOLOGIA:

La mayoría de los episodios de hemorragia digestiva alta son secundarias a causas no variciales (80-90%), y de estas la causa más frecuente es la enfermedad ulcera péptica, se muestra a continuación:

ETIOLOGIA	FRECUENCIA (%)
Úlcera péptica gastro-duodenal	20-50
Erosiones gastroduodenales	8-15
Esofagitis erosiva	5-15
Lesión de Mallory-Weiss	8-15
Angiodisplasias	5
Neoplasias	2-5
Otros	6-10

5.3. FISIOPATOLOGIA:

En la mayoría de los casos la causa de la hemorragia digestiva es debida a enfermedad ulcero péptica, la cual en la mayoría de los casos está asociada a infección por *Helicobacter pylori* o ingesta AINEs.

El *Helicobacter pylori* produce un incremento de la secreción acida, estimulada e incrementada secundaria a disminución en la producción de somatostatina



E. DEL AGUILA



S. GARCIA G.



J. RUIZ R.



F.F.S.

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC- DM- SG-003
	Hemorragia Digestiva Alta No Varicial Departamento de Medicina Servicio de Gastroenterología Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 001
		Página 5 de 15

causando una secreción incrementada de gastrina. Además la infección de *Helicobacter pylori* disminuye la producción de moco duodenal y daño mucoso directo a través de la ureasa inhibiendo el crecimiento de las células epiteliales y síntesis proteica.

Los AINEs producen inhibición de la ciclooxigenasa, inhibiendo la síntesis de prostaglandinas las cuales protegen la mucosa gástrica a través de la estimulación de producción de moco y bicarbonato e incremento del flujo sanguíneo.



E. DEL AGUILA Q.

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS:

- Es una de las emergencias más comunes en gastroenterología.
- Su frecuencia oscila entre 80-160 casos por 100000 habitantes por año
- En el servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión se admiten en promedio entre 4-10 pacientes con HDA-NV al mes
- Aproximadamente un 20% de los casos se presenta en forma complicada con compromiso hemodinámico.
- Conlleva entre un 10-14% de mortalidad.



S. GARCIA G.

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:

Factores de riesgo asociados a presentar un episodio de HDA-NV son:

- Historia de hemorragia digestiva alta
- Uso de aspirina o AINEs
- Infección por *Helicobacter pylori*
- Terapia anticoagulante o antiagregante plaquetaria
- Esofagitis erosiva
- Periodo perioperatorio
 - Ingreso a UCI
 - Síndrome de Zollinger Ellison

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS:

6.1. CUADRO CLINICO

- Comúnmente con hematemesis (vómitos con sangre o material tipo granos de café) y/o melena (heces negras como brea). Puede estar asociado a



J. RUIZ R.



	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC- DM- SG-003
	Hemorragia Digestiva Alta No Varicial	Edición N.º 001
	Departamento de Medicina Servicio de Gastroenterología Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Página 6 de 15

ortostatismo, taquicardia, hipotensión dependiendo de la magnitud del sangrado. Puede presentarse también debilidad, mareos y palidez.

- El lavado gástrico evidenciándose hematemesis confirma el diagnóstico, si es negativo no lo descarta, si es negativo con contenido bilioso la probabilidad de que no hay sangrado activo es alta.
- Aunque útiles, los signos clínicos no son absolutos ya que la melena puede ser vista en sangrado gastrointestinal bajo proximal y un porcentaje (11%) de pacientes con hematoquezia tiene origen del tracto gastrointestinal alto.



E. DEL AGUILA O.



S. GARCIA G.

6.2. DIAGNOSTICO Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

A. DIAGNOSTICO: criterios diagnósticos

Clínico: evidencia de sangrado directo o indirecto del tracto digestivo proximal al ángulo de Treitz o identificación de causa probable del sangrado.

Laboratorio: caída del hematocrito de >3% de un valor basal. Puede presentarse con anemia o azoemia (incremento del valor de urea en sangre)

Endoscopia alta: evidencia de lesiones causantes del sangrado: erosiones, úlceras, lesiones vasculares, neoplasias.

B. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- Hemoptisis
- Epixtasis
- Sangrado per oral
- Pseudomelena



J. RUIZ R.



6.3. EXAMENES AUXILIARES:

- **De la patología clínica:** grupo sanguíneo y factor Rh, hemograma completo, perfil de coagulación
- **Endoscopia alta:** modalidad de elección, altamente sensible y específica para la localización de lesiones del TGI. Además la endoscopia terapéutica puede conseguir la hemostasia y prevenir sangrado recurrente.
- **Otros test diagnósticos:** angiografía y scan con glóbulos rojos marcados con Tc^{99m} u otro material radiactivo.

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC- DM- SG-003
	Hemorragia Digestiva Alta No Varicial Departamento de Medicina Servicio de Gastroenterología Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 001
		Página 7 de 15

6.4. MANEJO DE ACUERDO AL NIVEL DE COMPLEJIDAD:

6.4.1. MEDIDAS GENERALES, ESPECIFICAS Y PREVENTIVAS:



E. DEL AGUILA O

- Consultorio externo: todo paciente con sospecha de hemorragia digestiva alta debe ser referido al servicio de emergencia para valoración del estado hemodinámico y la severidad del evento a fin de determinar el manejo más adecuado.



S. GARCIA G.

- Emergencia: en principio todo paciente con hemorragia digestiva alta debe ser hospitalizado. Debe permanecer en un área de atención de emergencia hasta que se realicen los procedimientos diagnósticos, terapéuticos o quirúrgicos.

Lavado nasogástrico o orogástrico no es requerido en pacientes con HDA para diagnóstico, pronóstico, visualización o efectos terapéuticos.

Se realizara la valoración del estado hemodinámica y resucitación: las medidas de reanimación se deben realizar en todo paciente con inestabilidad hemodinámica (shock, ortostatismo, caída del hematocrito en al menos 6%, FC en reposo >110, oliguria o anuria por 2-3 horas, PA que disminuye >10mmHg de decúbito a sentado, FC que aumenta más de 10 a 20 por minuto, requerimiento de 2U de paquete globular, plasma, plaquetas o crioprecipitado) o sangrado activo, dentro de una sala de RCP básica o avanzada.

Dos catéteres venosos periféricos de gran calibre (18 o más) o catéter venoso central deberían colocarse para tener acceso venoso, para la administración

de cristaloides y/o expansores plasmáticos.

Pacientes de alto riesgo (cardiacos: con cardiopatía coronaria, falla cardiaca crónica) deberían recibir transfusión con paquete globular para mantener hematocrito por encima de 30%

Pacientes jóvenes sin enfermedades concomitantes deberían ser transfundidos para mantener el hematocrito por encima de 21%

Pacientes con sangrado activo y coagulopatía (TP prolongado INR>1.5, plaquetas <50000) deberían ser transfundidos con plasma fresco congelado y plaquetas respectivamente



J. RUIZ R.



MED. M.



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

GPC- DM- SG-003

Hemorragia Digestiva Alta No Varicial
Departamento de Medicina
Servicio de Gastroenterología
Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"

Edición N.º 001

Página 8 de 15

La valoración del riesgo debe ser realizado para estratificar a los pacientes en las categorías de alto y bajo riesgo, lo cual nos ayudara en la toma de decisiones acerca del tiempo de realización de endoscopia, tiempo de alta y nivel de cuidado. Esta se realizara utilizando los scores de Rockall y Blatchford.

Escala de Blatchford

Parámetros	Puntos
A. Urea (mmol/l)	
≥ 25	6
10-25	4
8-10	3
6,5-8	2
<6,5	0
B. Hemoglobina (mg/l)	
<10 en varones y mujeres	6
10-12 en varones	3
10-12 en mujeres	1
≥ 12 en varones y mujeres	0
C. Presión arterial sistólica (mmHg)	
<90	3
90-99	2
100-109	1
≥110	0
D. Otros Parámetros	
Insuficiencia Cardiaca	2
Insuficiencia Hepatica	2
Presentación con síncope	2
Presentación con melenas	1
Pulso ≥110 lat/min	1

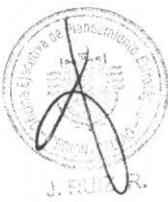
Puntuación total: A+B+C+D. Puntuación mínima:0, Puntuación máxima:23

Conversión de las cifras de urea: 1mg/dl equivale a 0.357 mmol/l.

Ante una puntuación=0 el paciente puede ser dado de alta para estudio ambulatorio (probabilidad de recidiva clínica de 0.5%).



S. GARCIA G.



J. FUENTES



M. MERANO Z

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC- DM- SG-003
	Hemorragia Digestiva Alta No Varicial	Edición N.º 001
	Departamento de Medicina Servicio de Gastroenterología Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Página 9 de 15

Escala de Rockall

Parámetros	Puntos
A. Edad	
>80	2
60-79	1
<60	0
B. Shock	
PAS <100 mmHg. pulso > 100 lat/min	2
PAS ≥100 mmHg. pulso > 100 lat/min	1
PAS ≥100 mmHg mmHg. pulso < 100 lat/min	0
C. Comorbilidad:	
Insuficiencia renal, insuficiencia hepática, malignidad diseminada	3
Insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica o cualquier otra comorbilidad mayor	2
Ausencia de comorbilidad mayor	0
D. Diagnóstico Endoscópico	
Cáncer Gastrointestinal alto	2
Restos diagnósticos	1
Ausencia de lesión, ausencia de EESR, síndrome de Mayori-Weiss	0
E. EESR	
Sangres en el tracto gastrointestinal alto, coágulo adherido, vaso visible o sangrado activo.	2
Base negra o EESR ausentes	0

PAS: Presión Arterial Sistólica . EESR: Estigmas Endoscópicos de Sangrado Reciente.

Puntuación: A+B+C+D+E. Puntuación mínima =0. Puntuación máxima=11.

Categorías de Riesgo: Alto(≥5); Intermedio(3-4) y bajo (0-2).

Todo paciente con puntaje de Rockall > 2 y Blatchford >0 se le debe de realizar endoscopia alta dentro de las primeras 24 horas para determinar la lesión causante del sangrado y realizar la terapia endoscópica si requiere. Pacientes sin estabilidad



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

GPC- DM- SG-003

**Hemorragia Digestiva Alta No Varicial
Departamento de Medicina
Servicio de Gastroenterología
Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"**

Edición N.º 001

Página 10 de 15

E. DEL AGUILA O

hemodinámica y puntaje de Rockall ≤ 2 y Blatchford de 0, pueden ser dados de alta con tratamiento ambulatorio de IBP vía oral y realizarse endoscopia digestiva alta diagnóstica posteriormente.



S. GARCIA G.

- Sala de hospitalización: sala de gastroenterología.
- Unidad de cuidados críticos: reposo de emergencia, UCI o UCIN, pacientes con estabilidad hemodinámica o con lesiones con alto riesgo de resangrado que requieran monitorea
- Criterios de hospitalización: paciente con puntaje de Rockall > 2 y Blatchford > 0 , con inestabilidad hemodinámica, anemia severa o lesiones endoscópicas con alto riesgo de resangrado (Forrest I a-b, II a-b).

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	Planos de fibrina (ausencia de estigmas)	0



I. RUIZ R.



6.4.2. TRATAMIENTO ESPECÍFICO MEDICAMENTOSO:

INHIBIDORES DE LA SECRECIÓN ACIDA

ANTAGONISTAS H2: no hay datos que sugieran que el uso de antagonistas H2 mejore resultados a corto plazo, como requerimiento de transfusiones o porcentaje de resangrado.

INHIBIDORES DE BOMBA DE PROTONES: IBPs endovenosos antes de realizar la endoscopia (omeprazol, esomeprazol o pantoprazol 80mg en bolo seguido de 8mg/h en infusión o 40mg cada 12 horas por 72 horas) puede ser considerado para disminuir la proporción de pacientes que tienen estigmas de sangrado reciente de alto riesgo en la endoscopia y de los que reciben terapia

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC- DM- SG-003
	Hemorragia Digestiva Alta No Varicial Departamento de Medicina Servicio de Gastroenterología Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 001
		Página 11 de 15

endoscópica. Sin embargo IBPs no mejoran el resultado clínico tal como resangrado, cirugía o muerte.

Si la endoscopia se va a retrasar o no podrá ser realizada, IBPs endovenosos son recomendados para reducir el riesgo de sangrado.

Luego de la endoscopia con procedimiento terapéutico exitoso, los IBP EV han demostrado disminuir significativamente el riesgo de resangrado en casos de úlceras con sangrado activo, vaso visible o coagulo adherido a dosis de 8mg/h en infusión o 40mg cada 12 horas por 72 horas, seguido de terapia oral estándar. Pacientes con úlceras que tienen base con hematina o limpia pueden recibir IBP en terapia oral estándar.

ENDOSCOPIA TERAPEUTICA: en pacientes que están hemodinámicamente estables, sin comorbilidades serias, con scores de Rockall ≤ 2 o Blatchford 0 la endoscopia debe ser realizada tan pronto como sea posible en una situación ambulatoria, por lo que pueden ser dados de alta de forma segura con IBP vía oral en terapia estándar.

Pacientes con HDA estratificados como alto riesgo (Rockall > 2 o Blatchford > 0) deben ir generalmente a endoscopia dentro de las 24 horas de admisión. En pacientes con inestabilidad hemodinámica o signos de sangrado activo (hematemesis o residuo hemático en SNG), la endoscopia dentro de las 12 horas puede ser considerada para mejores resultados.

La terapia endoscópica debe ser realizada a pacientes con estigmas de sangrado reciente (Forrest Ia-b, IIa-b). Se recomienda inyectoterapia con adrenalina 1:10000, en alícuotas de 1-2ml alrededor de la úlcera combinada con una segunda modalidad: termocoagulación con sonda bipolar o probeta dorada, o mecanoterapia con clips.

Endoscopia de segunda visión de rutina, en la cual una endoscopia es repetida 24 horas después de la endoscopia terapéutica inicial no está recomendado. Repetir la endoscopia está recomendado en pacientes con evidencia clínica de sangrado recurrente.

CIRUGIA: está indicado en casos de:

Inestabilidad hemodinámica en casos de una agresiva resucitación (más de 3 paquetes globulares).

Sangrado recurrente después de 2 intentos de hemostasia endoscópica.



E. DEL AGUILA Q.



S. GARCIA G.



J. RUIZ R.



1577112

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC- DM- SG-003
	Hemorragia Digestiva Alta No Varicial Departamento de Medicina Servicio de Gastroenterología Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 001
		Página 12 de 15

Shock asociado con hemorragia recurrente.

Sangrado continuo con un requerimiento transfusional de más de 3U de paquetes globulares por día.

6.4.3. EFECTOS ADVERSOS DEL TRATAMIENTO: existen efectos adversos del manejo en cada una de sus etapas:

El uso de inhibidores de bomba de protones, aparte de las reacciones idiosincráticas se han asociado con un incremento en la frecuencia de neumonías intrahospitalarias cuando se usan en tiempos cortos y aumentan el riesgo de infección por Clostridium difficile.

También pueden elevar los niveles de warfarina, fenitoína y benzodiazepinas en sangre al usar la misma vía metabólica.

El manejo endoscópico puede verse complicado con eventos como perforación e incluso con aumento del propio sangrado, además de los riesgos inherentes del propio acto endoscópico.

6.4.4. SIGNOS DE ALARMAS:

Endoscópicas: sangrado activo, coagulo adherido, vaso visible, varices o gastropatía hipertensiva.

Clínicos: alteración hemodinámica (hipotensión, taquicardia, ortostatismo), enfermedad hepática severa, enfermedad concomitante severa, terapia anticoagulante o coagulopatía, edad >60 años, hematemesis rojo rutilante o múltiples episodios de melena en el día de la presentación, anemia severa (hematocrito < 21%).

6.4.5. CRITERIOS DE ALTA:

Hemostasia exitosa sin resangrado durante un periodo de hospitalización de 72 horas e inicio de la vía oral, en casos de pacientes con lesiones de alto riesgo a quienes se les realizó tratamiento endoscópico.

En casos de pacientes con lesiones de bajo riesgo de resangrado y sin inestabilidad hemodinámica pueden ser dados de alta luego de realizar la endoscopia diagnóstica.

6.4.6. PRONOSTICO:

Buena luego de transcurrido 72 horas sin resangrado.



	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC- DM- SG-003
	Hemorragia Digestiva Alta No Varicial Departamento de Medicina Servicio de Gastroenterología Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 001
		Página 13 de 15



E. DEL AGUILA Q.

6.5. COMPLICACIONES:

- Anemia
- Shock
- Perforación
- Estenosis



S. GARCIA G.

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA:

- a) **REFERENCIA:** Ninguno
- b) **CONTRAREFERENCIA:** Adecuada terapia endoscópica o inicio de terapia farmacológica y ausencia de resangrado durante un periodo de hospitalización de 72 horas.

6.7. FLUXOGRAMA:



J. RUIZ R.



S. VERANO ?



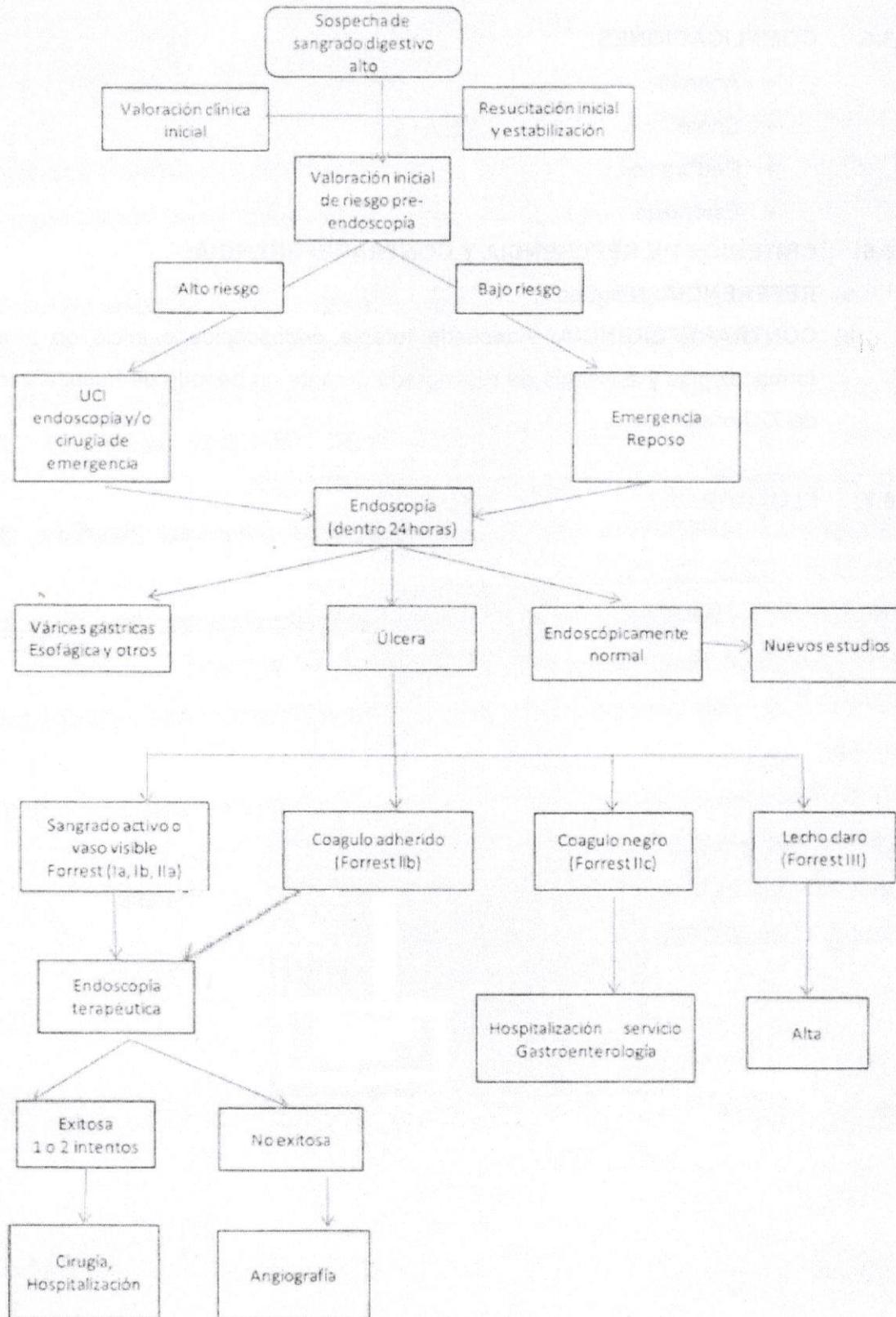
E. DEL AGUILA G.



S. GARCIA G.



J. RUIZ R.



	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC- DM- SG-003
	Hemorragia Digestiva Alta No Varicial	Edición N.º 001
	Departamento de Medicina Servicio de Gastroenterología Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Página 15 de 15

VII. ANEXOS:

Fármacos inhibidores de la bomba de protones empleados en terapia oral estándar:

Omeprazol	20mg/día	4-8 semanas
Pantoprazol	40mg/día	4-8 semanas
Esomeprazol	40mg/día	4-8 semanas



E. DEL AGUILA G



S. GARCIA G.

VIII. BIBLIOGRAFIA:

1. Khamaysi I, Gralnek I. Acute upper gastrointestinal bleeding (UGIB). Initial evaluation and management. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* 27 (2013) 633–638
2. Wai Yan Chiu P. Second look endoscopy in acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* 27 (2013) 905–911
3. Al Dhahab H, McNabb-Baltar J, Al-Taweel T. State-of-the-Art Management of Acute Bleeding Peptic Ulcer Disease. *Saudi J Gastroenterol* 2013;19:195-204.
4. Hegade V, Sood R, Mohammed N, Modern management of acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Postgrad Med J* 2013 89: 591-598
5. WILKINS T, KHAN N, NABH A. Diagnosis and Management of Upper Gastrointestinal Bleeding. *Am Fam Physician*. 2012;85(5):469-476
6. Lisanne I, Johan E. Management of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: Current policies and future perspectives. *World J Gastroenterol* 2012 March 21; 18(11): 1202-1207
7. Laine L, Jensen D. Management of Patients With Ulcer Bleeding. *Am J Gastroenterol* 2012; 107:345–360
8. Ha Hwang J, Fisher D, Ben-Menachem T, Endoscopy in acute non-variceal upper GI bleeding. *Gastrointest Endosc*. 2012 Jun;75(6):1132-8.
9. Lau J, Barkun A, Fan D, Kuipers E. Challenges in the management of acute peptic ulcer bleeding. *Lancet* 2013; 381: 2033–43
10. Sheasgreen C, Leontiadis G. Recent advances on the management of patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Annals of Gastroenterology* (2013) 26, 191-197
11. Cappell M, Friedel D. Initial Management of Acute Upper Gastrointestinal Bleeding: From Initial Evaluation up to Gastrointestinal Endoscopy. *Med Clin N Am* 92 (2008) 491–509.



J. RUIZ R.



HEDANG G.

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC- DM- SG-003
	Manejo de Coledocolitiasis Departamento de Medicina Servicio de Gastroenterología Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 002
		Página 1 de 11

GUIA TÉCNICA:

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL

MANEJO DE COLEDOCOLITIASIS

HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION



Elaborado por: DM-SG

Dra. Sonia Salazar Ventura
 Dr. Cesar Huamán Villanueva
 Dr. Eduardo Monge Salgado
 Dr. Milko Ramos Barrientos
 Dr. Pedro Montes Teves
 Dr. Víctor Suyo Zevallos
 Dr. Nilton Ríos Julca
 Dr. Omar Rodríguez Vargas

Revisado por: DG-DAGC
 DG-DAPSS
 DG-Asesor
 DM
 OAJ
 OEPE

Dr. Segundo García García
 Dr. Élber Del Aguila Quispe
 Dr. Victor Ronceros Rivadeneira
 Dr. Eduardo Fernandez Martinez
 Dra. Susana Verano Zelada
 Econ. Juan Ruiz Ramirez

Aprobado por: DG

Dr. María Elena Aguilar Del Aguila

Resolución Directoral N.º 417-2015

Fecha: 31/12/15.

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC- DM- SG-003
	Manejo de Coledocolitiasis Departamento de Medicina Servicio de Gastroenterología Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 002
		Página 2 de 11

INDICE

	I. FINALIDAD.....	3
	II. OBJETIVO.....	3
	III. AMBITO DE APLICACIÓN.....	3
	IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR.....	3
	4.1 NOMBRE Y CODIGO CIE 10:	3
	V. CONSIDERACIONES GENERALES:.....	3
	5.1. DEFINICIONES	3
	5.2. ETIOLOGIA:.....	4
	5.3. FISIOPATOLOGIA :	4
	5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS :	4
	5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:	4
	VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS:.....	5
	6.1. CUADRO CLINICO:.....	5
	6.2. DIAGNOSTICO Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:.....	6
	6.3. EXAMENES AUXILIARES:.....	7
	6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD:	7
	6.4.1. MEDIDAS GENERALES, ESPECIFICAS Y PREVENTIVAS:.....	7
	6.4.2. TRATAMIENTO, EFECTOS ADVERSOS DEL TRATAMIENTO:.....	8
	6.4.3 CRITERIOS DE ALTA:.....	8
	6.4.4 PRONOSTICO:.....	8
	6.5. COMPLICACIONES:	8
	6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA:.....	9
	6.7. FLUXOGRAMA:.....	10
	VII. BIBLIOGRAFIA:.....	11



E. DEL AGUILA Q.



S. GARCIA G.



J. RUIZ R.



	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC- DM- SG-003
	Manejo de Coledocolitiasis Departamento de Medicina Servicio de Gastroenterología Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 002
		Página 3 de 11

I. FINALIDAD:

Contribuir a la adecuada atención, basada en evidencias sobre el diagnóstico y manejo de Coledocolitiasis en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.



E. DEL AGUILA O

II. OBJETIVO:

Establecer parámetros y pautas basada en evidencias, requeridas tanto en la evaluación, detección, diagnóstico y manejo de la Coledocolitiasis en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.



S. GARCIA G.

III. AMBITO DE APLICACIÓN:

La presente guía esta dirigida para médicos internistas y para médicos gastroenterólogos.



IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

Diagnostico y tratamiento de la coledocolitiasis.

4.1. NOMBRE Y CODIGO CIE 10: COLEDOLITIASIS: K80.5

V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1. DEFINICIONES:

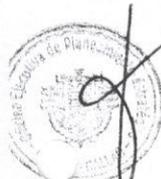
a) DEFINICION:

Coledocolitiasis: presencia de cálculos en el conducto biliar principal. Causa más frecuente de obstrucción.

b) DEFINICION DE ELEMENTOS CLINICOS BASICOS:

- Cálculos de colesterol que representan el 75% de los cálculos en los países occidentales
- Cálculos de pigmentos marrones (20%) formados fundamentalmente por sales de calcio de bilirrubina no conjugada
- Cálculos de pigmentos negros (5%) que se asocian típicamente a hemolisis crónica, cirrosis y pancreatitis y cuyo componente principal es el bilirrubinato cálcico

Los cálculos de colesterol y los de pigmentos negros se forman en la vesícula, mientras que los cálculos de pigmentos marrones pueden



J. RUIZ R.



VERANO

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC- DM- SG-003
	Manejo de Coledocolitiasis Departamento de Medicina Servicio de Gastroenterología Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 002
		Página 4 de 11

originarse en el árbol biliar y en la vesícula, siendo el resultado de infecciones anaerobias de la bilis e infestaciones parasitarias.

5.2. ETIOLOGIA:

Aunque los cálculos biliares se pueden localizar en cualquier punto del árbol biliar, la localización más frecuente es la vesícula (85%). El 10% de los individuos presentan coledocolitiasis concomitante y en unos pocos sólo hay cálculos en la vía biliar. La existencia de cálculos en las vías intrahepáticas es excepcional en países occidentales

5.3. FISIOPATOLOGIA:

Los cálculos de colesterol se forman solo en la vesícula y por tanto los cálculos de colesterol hallados en el colédoco deben haber migrado desde la vesícula. Los cálculos de pigmento negro también se forman en la vesícula y rara vez migran hacia el colédoco la mayoría de cálculos pigmentados presentes en el colédoco son marrones constituidos de bilirrubinato de calcio o mixtos son los más blandos que se forman de nuevo en el colédoco como resultado de la acción bacteriana sobre los fosfolípidos y bilirrubina de la bilis.

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS:

- La coledocolitiasis representa el 50% de causas de la obstrucción de la vía biliar.
- El 15% de pacientes con cálculos en la vesícula tienen cálculos en el colédoco, y de los que son operados 5-10% tendrán cálculos en el colédoco.

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:

Factores de riesgo asociados a la formación de cálculos de colesterol.

- a) Edad > 40 años
- b) Sexo femenino.
- c) Obesidad.
- d) Pérdida de peso rápida.
- e) Nutrición parenteral total.
- f) Embarazo.
 - Multiparidad.

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC- DM- SG-003
	Manejo de Coledocolitiasis Departamento de Medicina Servicio de Gastroenterología Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 002
		Página 5 de 11

g) Fármacos.

- Estrógenos exógenos.
- Anticonceptivos orales.
- Clofibrato.
- Otreótido.
- Ceftriaxona.

h) Hipertrigliceridemia o niveles bajos de HDL.

- i) Diabetes resistente a la insulina.
- j) Enfermedades del íleon terminal.
 - Enfermedad de Crohn.

k) Lesiones en la médula espinal.

l) Etnia (nativos americanos y escandinavos).

m) Factores de riesgo asociados a la formación de cálculos de pigmentos negros.

n) Anemia hemolítica crónica.

o) Cirrosis hepática y pancreatitis.

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS:

6.1. CUADRO CLINICO

- Los cuadros clínicos a los que puede dar lugar la coledocolitiasis son variados: los más importantes son: a) curso asintomático, b) dolor biliar, c) colestasis, d) pancreatitis aguda, e) colangitis, f) absceso hepático y g) hepatopatía crónica o cirrosis biliar secundaria.
- Examen físico: presencia de dolor en hipocondrio derecho con o sin ictericia.

6.2. DIAGNOSTICO Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

A. DIAGNOSTICO: criterios diagnósticos

Clínico: dolor abdominal en cuadrante superior derecho y/o episodio de ictericia, coluria, etc

Laboratorio: pruebas de función hepática alterada (perfil colestásico)

TGO, TGP, fosfatasa alcalina y GGTP elevadas (>2VLN)

Hiperbilirrubinemia a predominio directo

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC- DM- SG-003
	Manejo de Coledocolitiasis Departamento de Medicina Servicio de Gastroenterología Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 002
		Página 6 de 11

Imágenes:

Ecografía abdominal:

Sensibilidad para detección de cálculos es de 15-40%

Vía biliar dilatada (S: 25-68%, E: 68-91%), pacientes con vesícula >6mm, colecistectomizados >10mm

CPRE: sensibilidad del 90%

Colangiorensonancia magnetica y ultrasonografía endoscópica, con sensibilidad entre 90-100%

Colangiografía transhepática percutánea: solo cuando hay vías biliares intrahepáticas dilatadas

TAC abdominal: sensibilidad de 75-90%

Ecografía abdominal + pruebas hepáticas normales: valor predictivo negativo de 95%.

Ecografía abdominal + pruebas hepáticas anormales: valor predictivo positivo de 35%.

Basado en lo anterior se clasifican a los pacientes sin antecedente de colecistectomía en tres grupos según el grado de probabilidad de tener coledocolitiasis con los siguientes criterios:

BAJO RIESGO (0-5%)	RIESGO INTERMEDIO (5-50%)	ALTO RIESGO (>50%)
•PRUEBAS HEPATICAS NORMALES	•EDAD>55 ^a	•COLANGITIS
•COLEDOCO NORMAL EN US.	•COLECISTITIS	•PANCREATITIS SEVERA
	•COLEDOCO>6mm	•COLEDOCO>6mm
	•BILIRRUBINA 1.8-4mg/dl	•COLEDOCOLITIASIS EN US
	•COLESTASIS	•BILIRRUBINA>4mg/dl
	•PANCREATITIS LEVE	

Los pacientes colecistectomizados que desarrollan un cuadro clínico compatible de coledocolitiasis, perfil colestásico en pruebas de laboratorio y/o colangitis tienen alta probabilidad de litiasis en la vía biliar.

Aquellos que desarrollan síntomas inespecíficos, deben ser estudiados con pruebas de laboratorio, ecografía abdominal, etc.

611111



	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC- DM- SG-003
	Manejo de Coledocolitiasis Departamento de Medicina Servicio de Gastroenterología Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 002
		Página 7 de 11

B. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL):

- Estenosis de la via biliar
- Tumores en la via biliar principal
- Colangiocarcinoma
- Colico biliar
- Colangitis aguda
- Colecistitis aguda
- Quiste de colédoco
- Cáncer de vesicula biliar
- Hepatitis viral aguda
- Pancreatitis aguda
- Colitis ulcerativa
- Colangitis esclerosante primaria.

6.3. EXAMENES AUXILIARES:

- a) Pruebas de función hepática: TGO, TGO, FA, GGTP, Bilirrubina total y fraccionada
- b) Ecografía abdominal
- c) CRMN o THEM abdominal con contraste
- d) CPRE: colangiopancreatografía retrograda endoscópica
- e) Colangiografía intraoperatoria
- f) Colangiografía trans kher.

6.4. MANEJO DE ACUERDO AL NIVEL DE COMPLEJIDAD:

6.4.1. MEDIDAS GENERALES, ESPECIFICAS Y PREVENTIVAS:

- a) Consultorio externo: coledocolitiasis asintomática, síntomas que calman con analgésicos, coledocolitiasis no complicada
- b) Emergencia: sintomática que no calma con analgesia o complicada.
- c) Sala de hospitalización: sala de gastroenterología, post CPRE ambulatoria.
- d) Unidad de cuidados críticos: coledocolitiasis complicada con riesgo vital.
- e) Criterios de hospitalización: Coledocolitiasis sintomática que no calma con analgesia o complicada

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC- DM- SG-003
	Manejo de Coledocolitiasis Departamento de Medicina Servicio de Gastroenterología Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 002
		Página 8 de 11

- f) Nada por vía oral hasta que desaparezcan los síntomas y presente adecuado peristaltismo intestinal
- g) Hidratación parenteral mientras dure el reposo gástrico
- h) Manejo del dolor con antiinflamatorios no esteroideos y opiáceos
- i) Valorar profilaxis de gastropatía por AINEs de manera individualizada.

6.4.2. TRATAMIENTO ESPECÍFICO MEDICAMENTOSO:

El objetivo final es el drenaje de la vía biliar

CPRE: gold estándar con extracción de cálculos, tasa de éxito: 80-95%, con instrumental necesario y adecuado.

Quirúrgica: si falla la CPRE. Descompresión quirúrgica dentro de las 24 hs post procedimientos

Terapia adyuvante:

Antibioticoterapia profilaxis:

Para pacientes con obstrucción de la vía biliar (alto riesgo de coledocolitiasis) o antecedente de colangitis

En adultos mayores y estados de inmunosupresión según riesgo beneficio.

La profilaxis antibiótica puede ser ambulatoria o intrahospitalaria, según tolerancia oral del paciente y evolución de la enfermedad.

Los antibióticos usados vía oral son: ciprofloxacino, ampicilina/sulbactam, cefuroxima.

Los antibióticos usados vía parenteral son: ampicilina/sulbactam, ciprofloxacino, cefalosporina de tercera generación

Antibioticoterapia en coledocolitiasis complicada: en colangitis los antibióticos se administran vía parenteral y de acuerdo a la evolución clínica y gravedad del paciente.

6.4.3. CRITERIOS DE ALTA:

Paciente que responde al tratamiento establecido según algoritmo.

6.4.4. PRONOSTICO:

Si no se soluciona la coledocolitiasis en un tiempo corto existe riesgo de colangitis, pancreatitis o ante colangitis a repetición se puede producir cirrosis biliar secundaria.

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC- DM- SG-003
	Manejo de Coledocolitiasis Departamento de Medicina Servicio de Gastroenterología Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 002
		Página 9 de 11



6.5. COMPLICACIONES:

Las complicaciones están relacionadas principalmente al tratamiento de la coledocolitiasis:

Hemorragia digestiva post papilotomía

Perforación intestinal y/o de colédoco

Impactación de canastilla de dormia

Pancreatitis aguda

Colangitis aguda

Colecistitis aguda

Complicaciones de la premedicación anestésica

La morbilidad en general puede ser de 8-10% y una mortalidad de 0.4-1%.



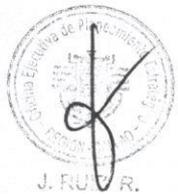
6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA:

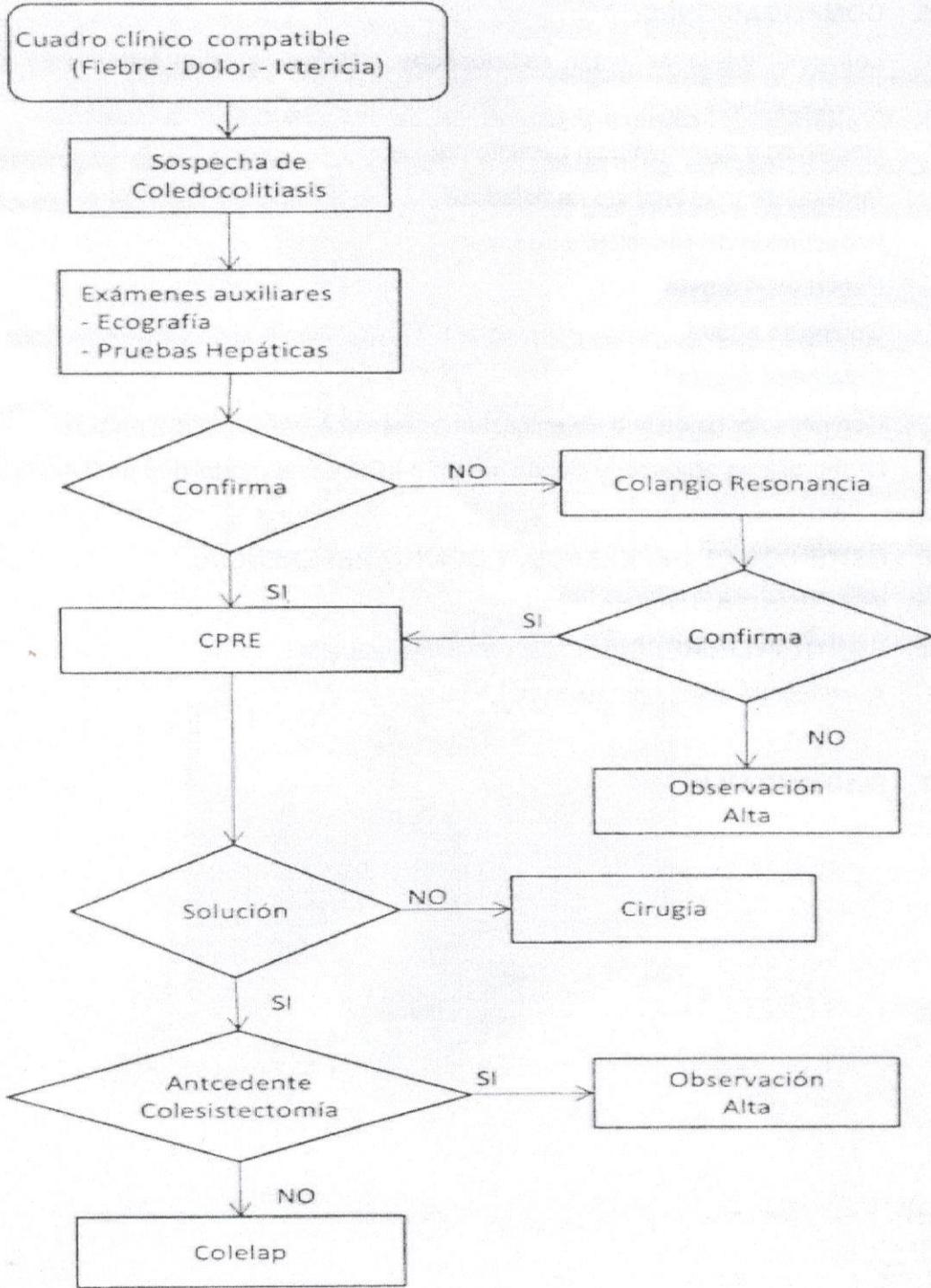
a) **REFERENCIA:** Ninguno

b) **CONTRAREFERENCIA:** Coledocolitiasis resuelta

Ausencia de signos de alarma.

6.7. FLUXOGRAMA:





	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC- DM- SG-003
	Manejo de Coledocolitiasis Departamento de Medicina Servicio de Gastroenterología Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 002
		Página 11 de 11'



VII. BIBLIOGRAFIA:

1. Almadi M, Barkun J. Management of suspected stones in the common bile duct. CMAJ 2012. DOI:10.1503
2. Williams E, Green J. Guidelines on the management of common bile duct stones (CBDS). Gut 2008;57;1004-1021
3. Yoo K, Lehman G. Endoscopic Management of Biliary Ductal Stones. Gastroenterol Clin N Am 39 (2010) 209–227
4. Adler D. Difficult Bile Duct Stones: A Review of Current Endoscopic Treatments. Practical Gastroenterology .April 2013
5. Frossard J, Morel P. Detection and management of bile duct stones. Gastrointestinal endoscopy 2010; 72(4): 808-816
6. Verbese J, Birkett M. Common Bile Duct Exploration for Choledocholithiasis. Surg Clin N Am 88 (2008) 1315–1328
7. Castellón C, Fernández M. Coledocolitiasis: indicaciones de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y colangiorrsonancia magnética. Cir Esp 2002;71(6):314-8

