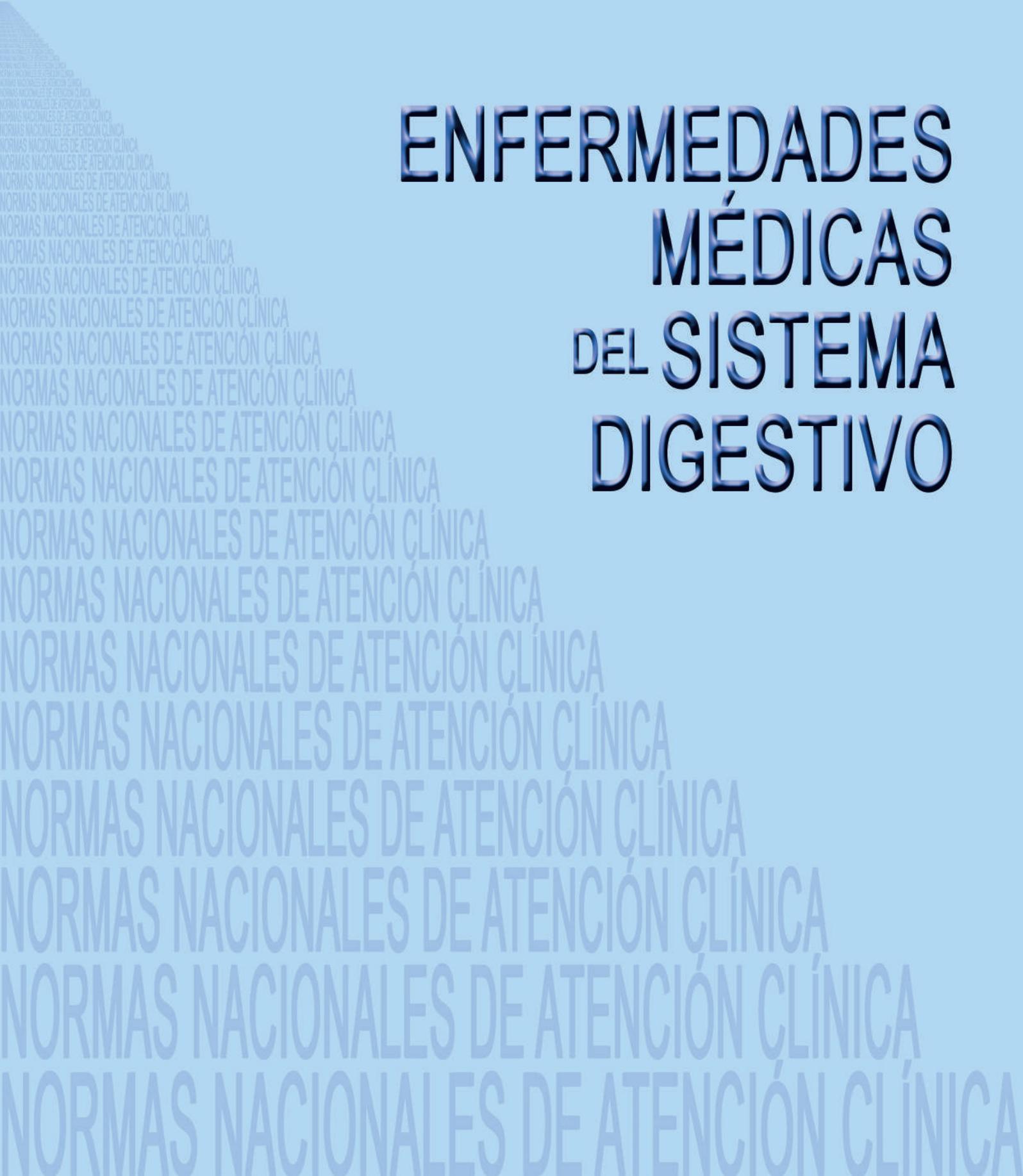


UNIDAD 14

ENFERMEDADES MÉDICAS DEL SISTEMA DIGESTIVO



CONTENIDO

I. ASPECTOS Y ACTIVIDADES DE APLICACIÓN FUNDAMENTAL

1. Prevención de estilos de vida no saludables 00

II. NORMAS DE ATENCIÓN CLÍNICA

1. Dolor abdominal recurrente 00
2. Enfermedad por reflujo gastroesofágico 00
3. Estreñimiento crónico 00
4. Falla hepática aguda – Insuficiencia hepática no clasificada 00
5. Hemorragia digestiva alta no varicosa 00
6. Hemorragia digestiva alta varicosa, varices esofágicas-varices gástricas 00
7. Hemorragia digestiva baja 00
8. Impactación fecal o fecaloma 00
9. Obstrucción intestinal 00
10. Pancreatitis aguda 00
11. Úlcera péptica – Enfermedad Ácido péptica (gastritis-duodenitis-esofagitis) 00
12. Vólvulo sigmoide 00

I. ASPECTOS Y ACTIVIDADES DE APLICACIÓN FUNDAMENTAL

1. PREVENCIÓN DE ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLES

ANTECEDENTES

La concepción biologicista del proceso salud-enfermedad —sintetizada en la creencia de que los servicios de salud, la tecnología médica, los medicamentos y los recursos humanos en salud altamente especializados, son la base fundamental del estado de salud de una población— ha sido la causante de los constantes fracasos del control de las enfermedades y de la irracional distribución de los muchos o escasos recursos del sector salud.

Los conocimientos científicos actuales sobre la determinación y la causalidad del proceso salud-enfermedad son contundentes al demostrar que las variables sociales poseen mayor importancia que las biológicas. Así, en 1974 se presenta el famoso informe de los **campos de salud** presentado por Marc Lalonde, Ministro de Salud y Bienestar Nacional del Canadá, donde se identifican cuatro determinantes de la salud de la población, que se señalan en el siguiente cuadro:

CAMPOS DE SALUD DE LALONDE

CAMPO DE LA SALUD	INFLUENCIA EN LA SALUD (en porcentajes)
Estilos de vida.	43%
Factores biológicos.	27%
Medio ambiente.	19%
Servicios de salud.	11%
TOTAL	100%

Basados en este tipo de evidencias es que la OMS/OPS recomiendan que las políticas de salud a nivel mundial deben dar énfasis a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Asimismo el actual modelo boliviano de Salud Familiar, Comunitaria Intercultural (SAFCI), prioriza las acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. De ahí que en estas Normas Nacionales de Atención Clínica (NNAC) se debe también dar énfasis a la prevención de la enfermedad en todas las actividades de atención que realice el equipo de salud, haciendo énfasis en confrontar los estilos de vida no saludables, que también se denominan factores de riesgo personales.

Se entiende por **estilo de vida** a la manera o forma como las personas satisfacen una necesidad. En cambio la **calidad** o **nivel de vida** se refiere a la capacidad de compra de un satisfactor que tienen los individuos. En muchos casos los estilos están supeditados a la calidad de vida pero igualmente en otros casos son independientes de ésta y más bien están condicionados por la educación o información que se posea. Por la importancia de la comprensión de estos dos conceptos se presenta el siguiente ejemplo: una persona tiene una necesidad, hambre, para satisfacerla puede recurrir a ingerir alimentos frescos, naturales y de temporada, o bien puede saciar su hambre consumiendo “comida chatarra”, también puede saciar su hambre adquiriendo “pan blanco” o bien “pan moreno”, ambos del mismo precio. En el primer caso puede o no estar ligada su decisión a su condición económica (calidad de vida); en el segundo caso se observa, más nítidamente, que su decisión alimentaria está ligada a un estilo alimentario condicionado por la información o conocimiento que tenga sobre alimentación saludable, al margen de su calidad o nivel de vida.

Por lo tanto, la educación sobre estilos de vida es determinante para que las personas tengan o no factores de riesgo que incrementen su probabilidad de enfermar o morir, por lo que el equipo de salud debe interactuar responsablemente con el usuario/usuario identificando sus estilos de vida no saludables o factores de riesgo individuales con el objeto de modificar conductas negativas para su salud.

En este sentido el equipo de salud debe concientizar y recomendar a los usuarios/ usuarias sobre las siguientes medidas preventivas relacionadas con el control de los estilos de vida no saludables más perniciosos.

MEDIDAS PREVENTIVAS RELACIONADAS CON ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLES

Los siguientes estilos de vida no saludables, independientemente de la patología o problema, deben ser indefectiblemente tratados en forma rutinaria en cada entrevista o consulta con usuarios/ usuarias del Sistema Nacional de Salud:

- NO consumir tabaco y evitar consumo de alcohol.
- Realizar ejercicios físicos por lo menos 30 minutos al día, no utilizar medios de transporte para distancias cortas, evitar el uso de ascensores y en lo posible subir y bajar gradas a pie.
- Consumir alimentos frescos y naturales, y cotidianamente frutas y verduras de la temporada.
- Evitar el consumo de grasas de origen animal y comida chatarra.
- Acostumbrarse al consumo menor a seis gramos de sal al día. No utilizar salero. Los alimentos salados, como charque y otros, deben lavarse en abundante agua antes de la preparación para su consumo.
- Controlarse el peso mensualmente. Existen dos indicadores importantes que se debe enseñar a medir e interpretar a los usuarios/ usuarias:
 - El **Índice de Masa Corporal** (IMC), cuyo valor idealmente no debe sobrepasar en rango de 24,9. La fórmula para obtener el IMC es la siguiente: **IMC = Peso (Kg.) / Estatura (m)²**.
 - La **Circunferencia de Cintura** (CC), con la que se evalúa el riesgo de enfermar patologías relacionadas con la obesidad como IAM/AVC, HTA, etc.
- Para medir la circunferencia de cintura se localiza el punto superior de la cresta iliaca y alrededor del abdomen se coloca la cinta métrica y paralela al piso. Según el sexo de la persona los datos se interpretan de la siguiente manera:
 - En mujeres existe riesgo de padecer enfermedades asociadas a la obesidad a partir de los 82 cm, mientras que si sobrepasa los 88 cm el riesgo es muy elevado. En cambio, en hombres hay riesgo a partir de los 94 cm, mientras que éste se convierte en riesgo elevado a partir de los 102 cm.

MEDIDAS PREVENTIVAS EN ADOLESCENTES

- Orientación al adolescente:
 - Reconocimiento y manejo de sus emociones y sentimientos.
 - Planteamiento de metas a corto y mediano plazo.
- Apoye al o la adolescente en:
 - Fortalecer sus habilidades sociales, afectivas y cognitivas.
 - Mejorar su autoestima y autovaloración.
 - Formación de grupos de pares.
 - Capacitar en temas de interés para ellas o ellos.
 - Uso adecuado y saludable del tiempo libre.
 - Consensuar y programar la visita de seguimiento.
- Pregunte si existe algún tema pendiente para aclaración de dudas o profundización de la información.
- Además de las anteriores medidas preventivas, en los adolescentes debe hacerse énfasis en los siguientes aspectos:
 - Trastornos de la alimentación como la anorexia y la bulimia.
 - Violencia intrafamiliar y escolar.
 - Violencia sexual.
 - Ejercicio responsable de la sexualidad.
 - Orientación para posponer inicio de relaciones sexuales.
 - Uso del condón para prevención de ITS, VIH y el embarazo.

II. NORMAS DE ATENCIÓN CLÍNICA

1	CIE-10	R10
	NIVEL DE RESOLUCIÓN	I - II - III

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

DEFINICIÓN

Dolor abdominal que ocurre por lo menos una vez al mes, por tres meses consecutivos, con intensidad suficiente como para alterar la vida normal del paciente.

ETIOLOGÍA

1. Causas viscerales abdominales:

- Enfermedad ulcerosa péptica.
- Pancreatitis crónica.
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- Dispepsias no ulcerosas.
- Colecistopatías.
- Síndrome de intestino irritable.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Isquemia mesentérica crónica.
- Patología nefro-urológica.
- Anemia hemolítica crónica.

2. Dolor crónico de la pared abdominal:

- Atrapamiento del nervio cutáneo anterior.
- Radiculopatías.
- Neuropatía intercostal.
- Síndrome miofascial.
- Síndrome de la costilla deslizando.
- Fibromialgia.
- Hematoma de la vaina del recto anterior.
- Xifoidalgia.
- Hernia umbilical y epigástrica.
- Cicatriz dolorosa.
- Periostitis púbica.

3. Dolor referido de patología extra abdominal:

- Patología de la columna vertebral.
- Hernia de disco.
- Patología visceral torácica.
- Patología pélvica.
- Lesiones cerebrales.

4. Enfermedades metabólicas y tóxicas:

- Porfiria aguda intermitente.
- Insuficiencia renal crónica.
- Enfermedad de Addison.

5. Dolor crónico abdominal de origen psicológico.

CLASIFICACIÓN

- Dolor abdominal recurrente orgánico.
- Dolor abdominal recurrente funcional.
- Dispepsia funcional tipo:
 - Ulcerosa.
 - Dismotilidad.
 - Inespecífica.
- Síndrome de intestino irritable: incomodidad o dolor abdominal asociados a la defecación, acompañados de evacuaciones anormales de tipo diarrea o constipación.
- Dolor abdominal funcional.
- Migraña abdominal.
- Aerofagia.
- Dolor abdominal recurrente por somatización.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

Dolor abdominal recurrente orgánico:

- Dolor lejos del área peri-umbilical, irradiado a miembros y espalda, que despierta al paciente.

Asociado a:

- Cambio en características de deposiciones.
- Sangre en heces.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Fiebre.
- Síndrome miccional.
- Pérdida de peso.
- Visceromegalias.
- Masa palpable.
- Úlceras peri-rectales.
- Fisura anal.
- Irritación peritoneal.
- Puntos dolorosos incluyendo al tacto rectal.

Dolor abdominal recurrente funcional:

Dispepsia funcional:

- Duración del dolor al menos seis meses, localizado en hemiabdomen superior, sin evidencia de lesión orgánica (incluso endoscopia).
- No mejora con hábitos intestinales, es ulceroso, sensación de plenitud.

Intestino irritable:

- Dolor de igual duración que el anterior, ubicado en hemiabdomen inferior.
- Mejora con la defecación o cambios en la consistencia de las heces.
- Ausencia de anomalías metabólicas y estructurales.

Dolor abdominal funcional:

- Dolor de duración de seis meses.
- Aparece en mayores de cinco años.
- Localización peri-umbilical, de tipo sordo y continuo.
- Sin relación con comidas o sueño.
- No altera el desarrollo pondoestatural.
- El paciente está asintomático en períodos inter-crisis.
- El examen físico es normal.

Migraña abdominal:

- Tres o más episodios de dolor paroxístico en los últimos 12 meses.
- Localizado en la línea media.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Cefalea.
- Fotofobia.
- Historia familiar de migraña.

Aerofagia:

- Distensión abdominal.
- Eructos frecuentes.
- Aumento de flato.

Dolor abdominal por somatización:

- Paciente preocupado por una enfermedad: hipocondría.
- Preocupado por un defecto físico: trastorno dismórfico.
- Preocupación excesiva por dolor sin otros síntomas: trastorno somatomorfo por dolor.
- Si existen síntomas somáticos múltiples y recurrentes: trastornos de somatización.
- Si existe evidencia que los síntomas se producen intencionalmente: simulación.
- Si hay síntomas con alteración de función física: trastornos conversivos.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Sangre oculta en heces.
- Coproparasitológico seriado.
- Bioquímica sanguínea.

Gabinete:

- Radiografía simple de abdomen de pie.
- Serie esófago gastroduodenal.
- Colon por enema.
- Ecografía abdominal.
- Endoscopia alta.

- Tomografía computarizada (en casos seleccionados).
- Colonoscopia.
- Laparoscopia en casos seleccionados.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Nivel I

- Todos los casos de dolor abdominal recurrente deben ser hospitalizados.
- Referencia inmediata a nivel II ó III.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel II y III

- Internación.
- Evaluación clínica de:

Dolor abdominal recurrente orgánico:

- Tratar la patología encontrada.

Dolor abdominal recurrente funcional:

- Farmacológico: ranitidina a 150-300 mg/día; u omeprazol a dosis habitual (20 mg cada 12 horas) por períodos cortos en síntomas dispépticos.
- Espasmolíticos, anti-flatulentos de acuerdo al predominio de síntomas.
- Dietéticos: dieta rica en fibra (mejora el estreñimiento), evitarla en casos de distensión o diarrea.
- Intervención psicodinámica, cognitiva y conductual.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- A nivel superior ante signo o síntoma de alarma (pérdida de peso, dolor o diarrea nocturnos, anemia, sangrado digestivo).

CRITERIOS DE ALTA

- Descartada lesión orgánica.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Para seguimiento y tratamiento en forma ambulatoria.
- Importante que el médico transmita al paciente la benignidad del cuadro y responda a las dudas e inquietudes del paciente.

RECOMENDACIONES

- Tranquilizar al paciente una vez descartada causa orgánica. Explicar la naturaleza funcional del padecimiento de acuerdo al caso.

OBSERVACIONES

- El paciente debe tener una participación activa en el conocimiento y control de su enfermedad.
- Consentimiento informado por el paciente o familiar para cualquier procedimiento.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Medidas higiénico dietéticas de acuerdo a la etiología encontrada.
- Incrementar el consumo de fibra en la dieta en pacientes con estreñimiento.

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

DEFINICIÓN

En adultos: la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es el paso anormal, frecuente y prolongado de contenido gástrico y/o duodenal hacia el esófago en ausencia de náuseas y vómitos, capaz de provocar síntomas clínicos y/o lesiones de la mucosa esofágica.

Consenso de Montreal: condición que se desarrolla cuando el reflujo del contenido del estómago causa síntomas molestos y/o complicaciones.

En niños: es el paso del contenido gástrico al esófago con o sin regurgitación y vómito, asociado a la presencia de síntomas molestos y/o complicaciones.

ETIOLOGÍA

En adultos: la enfermedad por reflujo gastroesofágico se debe a un desequilibrio entre los factores defensivos que protegen el esófago (barrera anti-reflujo, barrido esofágico, resistencia tisular) y los factores agresivos del estómago (acidez gástrica, volumen y contenido duodenal).

En niños: el reflujo también se asocia a inmadurez y alergia alimentaria.

CLASIFICACIÓN

En adultos:

Síndromes esofágicos:

Sintomáticos:

- Síndrome de reflujo típico.
- Síndrome de dolor torácico por reflujo.

Con lesión esofágica:

- Esofagitis por reflujo.
- Estenosis por reflujo.
- Esófago de Barrett.
- Adenocarcinoma de esófago.

Síndromes extra-esofágicos:

Establecidos:

- Síndrome de la tos por reflujo.
- Síndrome de laringitis por reflujo.
- Síndrome de asma por reflujo.
- Síndrome de erosión dental por reflujo.

Propuestos:

- Faringitis.
- Sinusitis.
- Fibrosis pulmonar recurrente.
- Otitis media recurrente.

En niños:

- ERGE primaria por inmadurez.
- ERGE secundaria:
 - Alteraciones anatómicas (ej. hernia hiatal).
 - Neurológicas, alérgicas, disfuncionales.

FACTORES DE RIESGO

En adultos:

- Hernia hiatal.
- Aumento de la presión intra-abdominal.
- Vaciamiento gástrico retardado.
- Uso crónico de medicamentos.

En niños:

- Malformaciones anatómicas.
- Alergia alimentaria.
- Vaciamiento gástrico retardado.
- Neuropatías crónicas (ej. parálisis cerebral infantil).

DIAGNÓSTICO**CRITERIOS CLÍNICOS****En adultos:****Síntomas digestivos:**

- Pirosis retroesternal.
- Regurgitación.
- Odinofagia.
- Disfagia.
- Eructo.
- Hipo.
- Sialorrea.

Síntomas extra-digestivos:

- Tos crónica nocturna.
- Cuadro asmáticos o asmatiforme.
- Neumonitis recurrente.
- Faringitis: odinofagia y/o disfagia.
- Laringitis: ronquera, estridor.
- Disfonía.

En niños: el diagnóstico es clínico:

- Llanto pertinaz.
- Regurgitación.
- Vómitos postprandiales.
- Disfagia.
- Inapetencia.
- Eructo.
- Sudoración profusa.
- Singulto.
- Sialorrea.
- Déficit en el crecimiento y desarrollo.

Sintomatología crónica:

- Tos crónica nocturna.
- Broncoespasmo.
- Otitis recurrente.
- Infecciones respiratorias altas y bajas recurrentes.
- Misceláneos: síndrome de Sandifer.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**En adultos:****Gabinete:**

- Que demuestran la existencia del reflujo:
 - Radiología contrastada serie esófago-gastroduodenal.
 - pHmetría de 24 horas.
 - Manometría esofágica (demuestra competencia o incompetencia del EEI y evalúa la actividad contráctil de la musculatura del cuerpo del esófago).
- Que demuestran las consecuencias del reflujo:
 - Endoscopia.
 - Histopatología.
- Que demuestran la relación entre reflujo y sus síntomas:
 - pHmetría de 24 horas.
 - Impedancia eléctrica intraluminal (si hay disponibilidad).

En niños:

- Que pueden confirmar reflujo:
 - Serie esófago-gastroduodenal.
 - pHmetría de 24 horas.
 - Impedanciometría.
- Que demuestran las consecuencias del reflujo:
 - Endoscopia.
 - Histología.
 - Gammagrafía esofágica.

UTILIDAD DE LAS PRUEBAS**En adultos:**

Radiología, serie esófago-gastroduodenal:

- Evalúa la anatomía esófago-gástrica.
- Informa la presencia de hernia hiatal.
- Muestra cambios morfológicos en relación a úlceras y estenosis.
- Identifica anillos, estenosis, divertículos, acalasia, cáncer, etc.
- Con maniobras radiológicas asociadas, permiten evidenciar reflujo (sólo en el 40%).

Endoscopia digestiva alta:

- Evalúa esofagitis y epitelio de Barrett.
- Clasifica grado de severidad de la esofagitis.
- Efectúa tinciones.

En niños:

Radiología, serie esófago-gastroduodenal:

- Evalúa la anatomía esófago-gástrica.
- Informa la presencia de hernia hiatal.
- Informa la presencia de mal rotación intestinal.
- Informa el grado de apertura del ángulo de His.
- Informa la presencia de estenosis hipertrófica de píloro.

- Efectúa biopsias.
- Para seguimiento de la esofagitis y el epitelio de Barrett.

Manometría esofágica (si está disponible):

- Evalúa grado de dismotilidad del cuerpo esofágico secundado a reflujo patológico.
- Define altura de ubicación del EEI, su presión basal y su grado de relajación.
- Define el grado de ondas peristálticas efectivas, amplitud y duración promedio.

pHmetría esofágica de 24 horas (si está disponible), indicada en:

- Pacientes sintomáticos, con endoscopia negativa para esofagitis y candidatos para cirugía anti-reflujo.
- Pacientes en quienes se sospecha reflujo patológico, luego de cirugía anti-reflujo.
- Pacientes con endoscopia normal, con síntomas de reflujo refractarios a tratamientos con inhibidores de la bomba de protones.
- Pacientes con manifestaciones otorrinolaringológicas y/o respiratorias (laringitis, faringitis, tos crónica, asma, etc.) secundarias a probable RGE, con síntomas que persisten luego de tratamiento con inhibidores de la bomba de protones.
- Indicación relativa en pacientes con dolor torácico, después de evaluación cardiológica reportada como normal.

Otros medios diagnósticos (si están disponibles):

- Gammagrafía esofágica.
- Impedancia eléctrica intraluminal (detección de reflujo ácido, no ácido y gaseoso). Efectuar tinciones.
- Efectuar biopsias.
- Seguimiento de la esofagitis y el epitelio de Barrett.

pHmetría esofágica de 24 horas (si está disponible) para:

- Pacientes con síntomas respiratorios persistentes (broncoespasmo, asma) de dudoso origen.
- Pacientes con manifestaciones otorrinolaringológicas secundarias a reflujo.
- Pacientes con falta de apetito sin otros hallazgos patológicos.
- Pacientes con manifestaciones de apnea del sueño.
- Pacientes prematuros con datos de apnea sin causa aparente.

Manometría esofágica (si está disponible), para:

- Evaluar grado de dismotilidad del cuerpo esofágico secundado a reflujo patológico.
- Definir altura de ubicación del EEI, su presión basal y su grado de relajación.
- Definir el grado de ondas peristálticas efectivas, amplitud y duración promedio.

Endoscopia digestiva alta, para:

- Evaluar esofagitis y descartar esofagitis eosinofílica.
- Clasificar grado de severidad de la esofagitis.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En adultos:

- Úlcera péptica.
- Intestino irritable.
- Trastornos motores del esófago.
- Esofagitis eosinofílica.
- Angina de pecho.

En niños:

- Cólico del lactante.
- Esofagitis eosinofílica.

COMPLICACIONES

En adultos:

- Estenosis esofágica.
- Úlcera esofágica.
- Hemorragia.
- Metaplasia columnar (epitelio de Barrett).
- Adenocarcinoma de esófago.

En niños:

- Desnutrición.
- Broncoaspiración.
- Muerte súbita.
- Esofagitis.

TRATAMIENTO**MEDIDAS GENERALES****Nivel I****En adultos:**

- Estabilizar en caso de síntomas leves o de pirosis intermitente: antiácidos: alginatos como el ácido alginico. Hidróxido de aluminio y magnesio 30 ml una y tres horas después de las comidas y antes del reposo nocturno.
- Si no obtiene efectos favorables referir al III nivel II ó III.
- Las medidas higiénico dietéticas son de eficacia relativa, de acuerdo a criterios de medicina basada en la evidencia.
- Referencia al nivel II y III en caso de falla de tratamiento para estudios y tratamiento especializado.

En niños:

- En lactantes estimular la lactancia materna y suprimir fórmula si es posible.
- Posición en elevación a 30 grados en casos de lactantes.
- Inicie tratamiento con inhibidores de la bomba de protones, independientemente de la edad, con omeprazol, VO 1 mg/Kg./día por 30 a 40 días.
- Si bien los consensos actuales ya no recomiendan el uso de drogas proquinéticas considerar el uso de domperidona o metoclopramida en la altura.
- En casos de falla de tratamiento transferir a nivel III para estudios especializados.

MEDIDAS ESPECÍFICAS**En adultos:****Nivel II y III**

Síntomas acentuados y/o esofagitis iniciar tratamiento con:

- Cualquiera de los siguientes inhibidores de la bomba de protones:
 - Omeprazol, VO 20 mg cada 12 horas por ocho semanas o más.
- Procinéticos (aumentan el tono del EEl y mejoran el vaciamiento gástrico), útiles en pacientes con ERGE con síntomas motores (regurgitación, plenitud postprandial), indicar cualquiera de las siguientes alternativas:
 - Domperidona VO 10 mg antes de las principales comidas.
 - Metoclopramida VO 10 mg antes de las principales comidas.

En niños:**Nivel II**

- Pacientes pediátricos con tratamiento ambulatorio utilizar fórmulas extensamente hidrolizadas (fórmula semi-elemental) durante 2 a 4 semanas.
- En niños que reciben lactancia artificial mantener lactancia materna.
- Terapia medicamentosa ambulatoria en pediatría:
 - Metoclopramida VO 0,1 a 0,2 mg/Kg./día, fraccionado cada ocho horas.
 - Domperidona 0,3 mg/Kg./dosis cada seis horas.
 - Ranitidina 4 a 6 mg/Kg./día, fraccionado cada 12 horas por 4 a 6 semanas.
- En caso de falla de tratamiento transferir a nivel III para estudios especializados.

Nivel III

Todas las anteriores medidas más:

- Omeprazol 1 mg/Kg./día, dosis única en todas las edades a partir del año de vida.
- Manipulación dietética (dieta hipo alérgica).
- En caso de fracaso: internación.

CRITERIOS DE INTERNACIÓN**En adultos:**

- Pacientes que requieran tratamiento quirúrgico.
- Hemorragia digestiva alta (poco frecuente).
- Disfagia severa.

En niños:

- Desnutrición, que indica deficiente alimentación provocada por la enfermedad.
- Deshidratación, debida a vómitos excesivos.
- Pacientes que requieran tratamiento quirúrgico.
- Persistencia de síntomas asociados, dificultad para la alimentación y pérdida de peso.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

En adultos:

- Síntomas recurrentes al suspender tratamiento farmacológico.
- Enfermedad persistente progresiva pese a tratamiento médico.
- Pacientes jóvenes con estudio funcional compatible (pHmetría positiva e incompetencia del EEI).
- Hernia hiatal con reflujo patológico confirmado.
- Patología laringo-pulmonar debida a ERGE.
- ERGE severa complicada con estenosis y/o úlcera péptica y Barrett.

En niños:

- Debe considerarse cirugía anti-reflujo, después del análisis particular de cada caso.
- Desnutrición, que indica deficiente alimentación provocada por la enfermedad.
- Deshidratación, debida a vómitos excesivos.
- Pacientes que requieran tratamiento quirúrgico.

CRITERIOS DE REFERENCIA

En adultos:

Nivel I y II referirán a nivel III en las siguientes situaciones:

- Pacientes con sospecha de ERGE que no responden a ocho semanas de tratamiento medicamentoso (omeprazol).
- Pacientes con sospecha de ERGE y síntomas respiratorios, descartar presencia de esofagitis.
- Complicaciones de ERGE.

En niños:

Niveles I y II referirán a nivel III en las siguientes situaciones:

- Pacientes con sospecha de ERGE y síntomas gástricos que no responden al tratamiento con omeprazol y/o proquinético.
- Pacientes con sospecha de ERGE y síntomas respiratorios, porque se requiere descartar presencia de esofagitis.
- Complicaciones de la ERGE, traducida en empeoramiento de síntomas gástricos y/o respiratorios.
- Presencia de ERGE ya tratado con medicamentos sin respuesta y con datos de desnutrición secundaria.
- Pacientes con antecedentes propios o familiares de alergias.

CRITERIOS DE ALTA

En adultos:

- Resolución de la sintomatología clínica.
- Control clínico y endoscópico periódico en casos de identificarse epitelio de Barrett.

En niños:

- Resolución de la sintomatología clínica.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

En adultos:

- El nivel III retornará al paciente referido al establecimiento de salud de origen para tratamiento farmacológico, luego de que la evaluación y exámenes de gabinete respalden la decisión, para lo cual será obligatoria llenar la hoja de contrarreferencia.
- Los pacientes tratados en el nivel III, su seguimiento y control se realizará en el mismo nivel de complejidad.

En niños:

- El nivel III retornará paciente referidos al establecimiento de salud de origen para tratamiento farmacológico, luego de que la evaluación y exámenes de gabinete respalden la decisión.

RECOMENDACIONES

En adultos:

- En aquellos pacientes donde los estudios histopatológicos identifiquen epitelio de Barrett, deben seguir control en el nivel III ante el riesgo de desarrollar adenocarcinoma.

En niños:

- Evitar consumo de líquidos poco densos o ácidos (jugos cítricos, mates, etc.).

OBSERVACIONES

Se requiere de consentimiento informado para cualquier procedimiento.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

En adultos:

- Explicar adecuadamente la naturaleza de ERGE, su evolución y posibles complicaciones.
- Tomar en cuenta que algunos factores externos favorecen el reflujo y en ocasiones puede ser suficiente la supresión de estos para evitarlo (reducción de peso en obesos, supresión del cigarrillo, alcohol y sustancias que disminuyen el tono del EEI —menta, grasas o frituras, chocolate, barbitúricos, diazepam, anticolinérgicos—, evitar el decúbito inmediatamente después de las principales comidas, evitar comidas abundantes y ropa ajustada), estas medidas deben ser entendidas por el médico y el paciente como importantes.
- Fomento de la lactancia materna desde el nacimiento y evitar el uso innecesario de fórmulas artificiales.
- Introducción adecuada de alimentos complementarios, evitando el uso de alimentos potencialmente alergénicos (tomate, cítricos, maní, etc.).
- El personal de salud debe prestar atención a todo paciente pediátrico lactante que presente llanto pertinaz como manifestación de enfermedad del ERGE.

En niños:

- Explicar adecuadamente la naturaleza de ERGE, su evolución y posibles complicaciones.
- En general tiene buen pronóstico cuando se encuentra el origen y es tratado oportunamente.

ESTREÑIMIENTO CRÓNICO

DEFINICIÓN

Es la alteración del patrón normal de defecación manifestado por su emisión de frecuencia menor a dos veces por semana, con presencia de heces aumentadas de calibre y consistencia, de difícil expulsión, a menudo con esfuerzo excesivo o sensación de evacuación incompleta.

ETIOLOGÍA

Extrínseca:

- Dieta insuficiente en fibras o líquidos.
- Ignorar la necesidad de defecar.

Estructural:

- Colorectal: neoplasia, estenosis, isquemia, vólvulo, enfermedad diverticular.
- Anorectal: inflamación, prolapso, rectocele, fisura, estenosis.

Sistémica:

- Hipopotasemia.
- Hipercalcemia.
- Hiperparatiroidismo.
- Hipotiroidismo.
- Diabetes mellitus.
- Panhipopituitarismo.
- Enfermedad de Addison.
- Feocromocitoma.
- Porfiria.
- Uremia.
- Amiloidosis.
- Esclerodermia, polimiositis.
- Embarazo.
- Enfermedad de Chagas.
- En niños: alergia alimentaria.

Neurológica:

- SNC: enfermedad de párkinson, esclerosis múltiple, trauma, isquemia, tumor.
- Nervios sacros: trauma, tumor.
- Neuropatía autonómica.
- Aganglionosis (enfermedad de Hirschsprung).

Medicamentosa:

- Analgésicos opiáceos, antiinflamatorios no esteroideos.
- Anticolinérgicos: atropina, antidepresivos, neurolepticos, antipsicóticos, antiparkinsonianos.
- Anticonvulsivantes.
- Antihistamínicos.
- Antihipertensivos: antagonistas del calcio, clonidina, hidralazina, bloqueantes ganglionares, inhibidores de la monoaminoxidasa, metildopa.
- Citostáticos derivados de la vinca.
- Diuréticos.
- Iones metálicos: aluminio (antiácidos, sucralfato), bario sulfato, bismuto, calcio, hierro, metales pesados (arsénico, plomo, mercurio).
- Resinas: colestiramina, poliestireno.

Funcional:

- Síndrome del intestino irritable (SII).
- Estreñimiento con tránsito lento.
- Disfunción del suelo pélvico.

CLASIFICACIÓN

Orgánica:

Asociación con enfermedades establecidas y reconocidas o uso de fármacos.

Uso de medicamentos:

- Fenobarbital.
- Sulfato ferroso.
- Sucralfato y otros antiácidos.
- Carbamazepina, otras.

Enfermedades:

- Malformaciones anatómicas: estenosis anal, ano anterior, otras.
- Alteraciones de pared abdominal: abdomen en ciruela pasa, hipotonía, gastrosquisis, otras.
- Condiciones neurogénicas: anomalías del tubo neural, parálisis cerebral infantil, otras.
- Trastornos neuromusculares intestinales: Hirschsprung, displasia neuronal intestinal, etc.
- Trastornos endocrino-metabólicos y gastrointestinales: hipotiroidismo, diabetes mellitus, enfermedad celíaca, etc.
- Alergia alimentaria.
- Maltrato infantil.
- Desnutrición.

Funcional:

Mayor en su frecuencia, asociada a alteración del tránsito intestinal, sin causa aparente:

- Estreñimiento con tránsito lento (inercia colónica e intestinal).
- Estreñimiento crónico idiopático.
- Se puede asociar a:
 - Insuficiente consumo de agua y fibras estimulantes.
 - Inadecuado uso de sanitario.
 - Sobrecarga de proteína de leche de vaca.

FACTORES DE RIESGO**En adultos:**

- Mayores de 55 años.
- Cirugía reciente abdominal o perianal, cirugía pélvica.
- Embarazo.
- Dieta inadecuada (poca ingesta de líquidos y fibras).
- Automedicación.
- Movilidad limitada.
- Abuso de laxantes.
- Comorbilidad conocida.
- Pacientes terminales.
- Viajes.
- Historia de estreñimiento crónico.
- Sedentarismo.
- Cirugía traumatológica.

En niños:

- Uso de fórmula láctea.
- Alimentación complementaria inadecuada.
- Bajo consumo de agua y fibras.
- Inadecuado uso de sanitario.
- Abuso sexual.
- Abuso de laxantes.
- Sedentarismo.
- Familiar estreñido.
- Entrenamiento precoz del uso del sanitario (antes de los dos años).

DIAGNÓSTICO**CRITERIOS CLÍNICOS****En adultos:**

- Disminución en la frecuencia de evacuaciones.
- Pujos excesivos y dolor durante la defecación.
- Tenesmo y evacuación incompleta.
- Heces de aspecto duro y seco.
- Distensión abdominal.
- Abdomen timpánico y doloroso.
- Tacto rectal:
 - En ampolla rectal vacía sospechar de alteración anatómica, ej. enfermedad de Hirschsprung.
 - Impactación fecal.
 - Anormalidades en el examen rectal (masas, hemorroides, fisuras, fístulas, prolapso, tumores).
 - Presencia de sangre.

En niños:

- Constipación funcional (lactantes – cuatro años).
- Dos o menos defecaciones por semana.
 - Por lo menos un episodio por semana de incontinencia después de adquirir hábito de uso del sanitario.
 - Historia de excesiva retención de heces.
 - Historia de deposiciones dolorosas y duras.
 - Presencia de gran masa fecal en el recto.
 - Historia de heces de diámetro grueso que pueden obstruir el sanitario.
- Constipación funcional (4-17 años).
- Dos o menos defecaciones en sanitario por semana.
 - Por lo menos un episodio de incontinencia fecal por semana.

Criterios ROMA II:

Si están presentes dos de los siguientes criterios en un período de 12 semanas en los últimos 12 meses:

- Menos de tres deposiciones por semana.
- Defecación dura en más del 25% de las deposiciones, sensación de evacuación incompleta en más del 25% de las deposiciones.
- Esfuerzo excesivo en más del 25% de las deposiciones.
- Necesidad de manipulación digital para facilitar la evacuación.

- Historia de postura retentiva o excesiva retención de volumen fecal.
- Historia de dolor o defecaciones duras.
- Presencia de gran masa fecal en el recto.
- Historia de heces de diámetro grueso que pueden obstruir el sanitario.
- Defecaciones dolorosas y/o con mucho esfuerzo.
- Presencia de heces de tipo caprinas o parecidas a guijarros.

Revisar los criterios de ROMA III para neonatos, niños, adolescentes y adultos.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**En adultos:****Laboratorio:**

- Pruebas de función tiroidea.
- Serología para Chagas.
- Hematimetría, sangre oculta en heces, calcemia.

Gabinete:

- Radiografía simple de abdomen.
- Colon por enema con doble contraste.
- Tránsito colónico: valoración indirecta de la motilidad y otras lesiones, si hay disponibilidad.
- Rectosigmoidoscopia y colonoscopia (si se sospechan lesiones orgánicas).
- Manometría ano rectal, si hay disponibilidad.
- Electromiografía, si hay disponibilidad; defecografía, si hay disponibilidad.
- Valoración psiquiátrica y neurológica.
- Biopsia de la mucosa rectal (en sospecha de Hirschsprung).

En niños:**Laboratorio:**

- Hormonas tiroideas.
- Serología para Chagas.
- Hemograma, sangre oculta en heces, calcemia.

Gabinete:

- Radiografía de abdomen.
- Colon por enema con doble contraste.
- Para niños muy pequeños, colon por enema sin preparación.
- Tránsito colónico: valoración indirecta de la motilidad y otras lesiones, si hay disponibilidad.
- Rectosigmoidoscopia y colonoscopia.
- Manometría ano rectal, si hay disponibilidad.
- Electromiografía, si hay disponibilidad.
- Defecografía, si hay disponibilidad.
- Valoración psiquiátrica y neurológica.
- Biopsia de la mucosa rectal.
- Reactivo con acetilcolinesterasa para excluir enfermedad de Hirschsprung (si hay disponibilidad).

TRATAMIENTO**MEDIDAS GENERALES****Nivel I****En adultos:**

- Medidas higiénico dietéticas.
- Modificaciones en el estilo de vida: evitar el sedentarismo, aumentar la actividad física.
- Normas dietéticas: consumo de fibra 20 a 35 gramos día, y consumo de líquidos, para formar volumen fecal.
- Cualquier medicamento que pueda causar estreñimiento debe suprimirse, si es posible.
- Laxantes osmóticos (en casos seleccionados).
- Referencia al nivel II y III.

Nivel I**En niños:**

- En niños: estimular la lactancia materna.
- En niños mayores evitar el consumo exagerado de productos lácteos.
- Dieta, consumo de fibras estimulantes (5 g + edad a partir de los dos años), limitar el uso de leche de vaca.
- Consumo de agua en abundancia.
- Uso de sanitario (en niños ya entrenados) después de las principales comidas.
- Uso de laxantes de acuerdo a indicación médica.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel II y III

Si las medidas anteriores no dan resultado, puede ser útil la administración de laxantes de contacto, enemas y procinéticos.

En adultos:

- Agentes formadores de masa; *Psyllium metilcelulosa*.
- Agentes lubricantes: aceite mineral.
- Agentes osmóticos: magnesio y sales de fosfatos, lactulosa, sorbitol, polietilenglicol.
- Supositorios de glicerina.
- Fármacos procinéticos.
- Laxantes estimulantes:
 - Agentes que actúan en la superficie: ácidos biliares.
 - Derivados de difenilmetano: fenoltaleina.
 - Bisacodilo.
 - Picosulfato sódico.
 - Ácido ricinoleico.
 - Aceite de castor.
 - Antraquinonas: sena, aloe, ruibarbo.

En niños:

- Agentes formadores de masa: *Psyllium metilcelulosa*.
- Agentes lubricantes: aceite mineral.
- Agentes osmóticos: magnesio y sales de fosfatos.
 - Lactulosa.
 - Sorbitol.
 - Polietilenglicol.
- Supositorios de glicerina.
- En caso de impactación fecal enemas de acuerdo a protocolo.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

En adultos:

En lesiones orgánicas del colon, recto y ano (megacolon chagásico, megacolon de altura, la enfermedad de Hirschsprung, enfermedades ano rectales). Inercia colónica grave.

En niños:

En lesiones orgánicas del colon, recto y ano (enfermedad de Hirschsprung, enfermedades ano rectales).

COMPLICACIONES

En adultos:

- Vólvulo.
- Fecaloma.
- Impactación fecal.
- Varices hemorroidales y fisuras

En niños:

- Falta de apetito y talla baja.
- Sobre crecimiento bacteriano.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Constipación intratable, falla de tratamiento inicial.
- Abuso de laxantes.
- Patología de probable tratamiento quirúrgico.
- Falta de medios de diagnóstico y tratamiento.

CRITERIOS DE INTERNACIÓN

- Obstrucción intestinal por impactación fecal.
- Vólvulo.
- Presencia de tumoración en el intestino grueso que esté ocasionando obstrucción y constipación.

CRITERIOS DE ALTA

- Resolución adecuada de las complicaciones mediante tratamiento médico o quirúrgico.
- Control ambulatorio.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Seguimiento dietético y hábitos en el control ambulatorio.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Reconocer el habito intestinal normal según la edad (ej. 0-3 meses con lactancia materna frecuencia de 5-40 por semana y con fórmula infantil de 5-28 por semana) .
- Reservar el tiempo necesario para el habito intestinal o uso del sanitario, en lo posible a la misma hora todos los días.
- Ingerir una dieta equilibrada que incluya salvado, granos de trigo, fruta fresca y vegetales.
- Beber suficiente líquido, todos los días.
- Hacer ejercicio regularmente.
- Estimular la actividad física, evitar horas excesivas de televisión, video juegos, etc.
- No ignorar ni postergar el deseo de defecar.
- Explicar que el estreñimiento crónico es un síntoma de trastornos funcionales y orgánicos del colon y canal ano rectal.
- En pocas ocasiones el tratamiento es quirúrgico.
- En general el pronóstico es bueno con tratamiento médico, cambio de estilo de vida, medidas higiénico dietéticas y farmacológicas.
- Concientizar a la población que el estreñimiento es una enfermedad, que tratada oportunamente tiene curación.

FALLA HEPÁTICA AGUDA – INSUFICIENCIA HEPÁTICA NO CLASIFICADA

DEFINICIÓN

Disfunción hepatocelular severa con anormalidades en la coagulación (INR mayor a 1,5 o actividad protrombínica menor a 40%), y algún grado de encefalopatía hepática en pacientes sin historia previa de enfermedad hepática y con una evolución menor a 26 semanas.

ETIOLOGÍA

En adultos:

Infecciones:

- Virus hepatotropos: A, B, C, D y E.
- Virus no hepatotropos: herpes simple 1 y 2, citomegalovirus, *Epstein-Barr*, fiebre hemorrágica, influenza tipo B, varicela zoster, paramixovirus, adenovirus y fiebre amarilla.

Toxinas o fármacos:

- Acetaminofeno, AINES.
- Isoniacida rifampicina-pirazinamida (drogas de primera línea para tuberculosis).
- Amoxicilina - ácido clavulánico, sulfas, tetraciclina, eritromicina, ciprofloxacina.
- Antidepresivos, ácido valproico, fenitoína, halotano, tetracloruro de carbono, fósforo, *Amanita phalloides*.
- Hierbas (ginseng, valeriana), cocaína, aflatoxinas.

Circulatoria:

- Isquemia por choque cardiogénico, choque séptico o insuficiencia cardíaca.
- Congestiva.
- Taponamiento cardíaco, enfermedad de Budd Chiari, enfermedad veno-oclusiva del hígado, choque quirúrgico.

Metabólica:

- Enfermedad de Wilson, síndrome de Reye, galactosemia, tirosinemia, intolerancia hereditaria a la fructuosa.
- Hígado graso agudo del embarazo (tercer trimestre).

Misceláneos:

- Infiltración maligna masiva.
- Infección bacteriana severa.
- Hepatitis autoinmune.
- Trombosis portal.
- Tuberculosis.
- Golpe de calor.
- Hepatectomía parcial.
- Rechazo hiperagudo en el trasplante hepático.

En niños:

- Infeccioso:
 - Hepatitis B.
 - Herpes virus 1 y 2.
 - Herpes virus humano 6.
 - Enterovirus.
 - Bacterias.
- Metabólico:
 - Tirosinemia 1.
 - Mitocondrial.
 - Ciclo de la urea.
 - Galactosemia.
 - Oxidación de los ácidos grasos.
 - Errores innatos de síntesis bilis.
 - Síndrome de trastorno de glicosilación congénita.
- Infiltrativo/depósito:
 - Linfocitosis hemofagocítica.
 - Leucemia.
 - Tumores.
 - Enfermedad de Niemann Pick.
 - Otros.
- Drogas.
- Hepatitis autoinmune.
- Hipotiroidismo.
- Hipóxico-isquémica.
- Desconocida.

ETIOLOGÍA	DETALLE	OTRAS EDADES			
		< 6 m	6 m–3 a	3–11 a	> 11 a
Infecciosa	Herpes virus.	SÍ	NO	NO	NO
	Hepatitis A.	NO	SÍ	SÍ	SÍ
	Indeterminada.	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Vascular	Síndrome de Budd-Chiari.	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
	Hepatitis isquémica.	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Trastorno inmune	Disfunción de las células matadoras.	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
	Autoinmune.	NO	SÍ	SÍ	SÍ
Hereditaria	Enfermedad de Wilson.	SÍ	NO	NO	SÍ
	Mitocondriales.	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
	Tirosinemia.	SÍ	SÍ	NO	NO
	Galactosemia.	SÍ	NO	NO	NO
	Alteración de oxidación de ácidos grasos.	SÍ	SÍ	SÍ	
	Enfermedad de depósito de Hierro (Fe ⁺⁺).	SÍ	NO	NO	NO
Drogas/toxinas	Anticonvulsivantes.	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
	Paracetamol.	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Otras	Cáncer/leucemia.	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ

CLASIFICACIÓN DE LA ENCEFALOPATÍA

De acuerdo a evolución, intervalo de tiempo entre el inicio de la enfermedad y el desarrollo de la encefalopatía:

- Hiperaguda: menos de siete días
- Aguda: entre 8 y 28 días.
- Subaguda: entre 29 y 72 días.
- Tardía: entre 72 días y 26 semanas.

Términos como: falla hepática fulminante y sub fulminante, hepatitis fulminante, necrosis masiva o sub masiva, no son utilizados actualmente.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

Anamnesis:

- Historia clínica exhaustiva para determinar la etiología.
- Búsqueda de síntomas inespecíficos pero persistentes:
 - Náuseas.
 - Vómitos.
 - Debilidad.
 - Pérdida de peso.
 - Olor hepático.
 - Vómitos.
 - Ictericia.
 - Hepatomegalia.
 - Signos de coagulopatía.
 - Alteración de la conciencia.
 - Otros (Kayser Fleischer etc.).

Exploración física:

Determinar el estado mental, que puede variar desde alteraciones del comportamiento o agitación, hasta el coma, la encefalopatía hepática es el mejor marcador clínico en el diagnóstico.

ESCALA DE GLASGOW	VALORACIÓN ESTADO DE COMA	ESCALA DE GLASGOW MODIFICADA PARA LACTANTES
Apertura de ojos		Apertura de ojos
Espontánea.....	4	.....Espontánea
Al hablarle.....	3	.....Al hablarle
Con dolor.....	2	.....Con dolor
Ausencia.....	1	.....Ausencia
Expresión verbal		Expresión verbal
Orientado.....	5	.....Balbuceo
Confuso.....	4	.....Irritable
Palabras inadecuadas.....	3	.....Llanto con el dolor
Sonidos inespecíficos.....	2	.....Quejidos con el dolor
Ausencia.....	1	.....Ausencia
Respuesta motora		Respuesta motora
Obedece órdenes.....	6	.....Movimientos espontáneos
Localiza el dolor.....	5	.....Se retira al ser tocado
Retirada al dolor.....	4	.....Retirada al dolor
Flexión anormal.....	3	.....Flexión anormal
Extensión anormal.....	2	.....Extensión anormal
Ausencia.....	1	.....Ausencia

- Ictericia en la mayoría de los casos.
- Equimosis.
- Matidez hepática disminuida.
- Hepatomegalia. El descenso progresivo del tamaño hepático es un signo asociado a mal pronóstico.
- Signos de hipertensión endocraneana.
- Hipertensión sistólica.
- Bradicardia.
- Tono muscular aumentado, opistotonos, posturas de descerebración.
- Anomalías papilares (respuesta lenta o ausente a la luz).
- Patrones respiratorios de tronco, apnea.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**Laboratorio:**

- Hemograma, protrombina/INR, glicemia, plaquetas.
- Grupo sanguíneo - Rh.
- Coagulograma: tiempo de tromboplastina activada.
- Perfil hepático: glicemia, transaminasas, bilirrubinas, GGT, proteínas séricas y albumina, colesterol.
- Pruebas de función renal: ácido úrico.
- Electrolitos (Na, K, Ca, bicarbonato, magnesio, fosfato).
- Gasometría arterial.
- Amonio sérico.
- Amilasa, lipasa.
- Test de embarazo.
- Niveles plasmáticos de acetaminofeno (paracetamol).

Gabinete:

- Ecografía hepato-bilio-pancreática.
- TAC abdominal (si está disponible).
- Encefalograma.
- Electrocardiograma.
- Radiografía PA de tórax.

Biopsia Hepática:

En todos los casos con coagulograma normal.

- *Screening* toxicológico, ácido láctico (si está disponible).
- Serología viral: anti-HAV IgM, HBSAg, anti-HBc IgM, anti-HEV, anti-HCV, anti-delta sérico, VIH.
- Microbiología: hemocultivos para aerobios y anaerobios, esputo, orina y heces (cultivo y microscopía).
- Serología viral: TORCH.
- Adicional: alcohol en sangre, electrolitos en orina, perfil inmunológico.
- Cobre, ceruloplasmina, cobre urinario, galactosa-1-fosfato-uridil-transferasa, LKM1, tirosina sérica, etc.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Nivel I

- Control presión arterial, pulso, respiración cada hora.
- Balance hídrico riguroso.
- Protección de la vía aérea.
- Aporte continuo de glucosa.
- Suspender la administración de medicamentos que se puedan estar utilizando de soporte, antituberculosos, corticoides, hepato-protectores, para prevenir el manejo de la encefalopatía y alteraciones hidroelectrolíticas.
- Referencia acompañada con personal capacitado en RCP.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel II y III

- Internación en Unidad de Terapia Intensiva de adultos o pediátrica con monitorización estricta, balance hídrico, saturación de oxígeno, presión venosa central, presión arterial invasiva, evaluación neurológica cada 6 a 12 horas, EEG, control de presión intracraneana en encefalopatía III y IV.
- Prevención de hipoglicemia: infusión continua de soluciones glucosadas al 5-10%.
- Evitar hipocalemia: potasio 3-4 mEq/Kg./día.
- Evitar hiponatremia dilucional (control de Na⁺ urinario), restricción hídrica.
- Evitar hipotensión, control de PVC.
- Mantener estabilidad hemodinámica.
- Excluir sepsis, asegurar buen acceso venoso, infundir coloides, si es necesario epinefrina o norepinefrina cuando la PAM <60 mmHg.
- Optimizar distribución de oxígeno y parámetros de consumo:
 - Elevar la cabeza 20-30 grados, hiperventilación (PaCO₂ 25-35 mmHg).
 - Optimizar flujo cerebral y presión endocraneana, prevenir deterioro de encefalopatía y edema.
- Lactulosa VO 0,5 g/Kg. cada dos horas, después 0,25 mg/Kg.
- Neomicina VO 25 mg/Kg. o estreptomycin VO 1-2 g/día o norfloxacin VO 400 mg cada 12 horas.
- Enemas glicerinados al 20%.
- Mantener función renal o proporcionar terapia de recambio.
- Asegurar buen aporte hídrico.
- Hemodiálisis.
- Controlar hipercalemia, acidosis, sobrecarga de líquidos.
- En caso de edema cerebral: manitol IV (PIC >30 mmHg) 0.25- 0,5 g/Kg./dosis cada 20 minutos.
- Uso profiláctico de antimicrobianos y antifúngicos, factor estimulante de granulocitos.
- Prevenir úlceras de estrés y sangrado digestivo: sucralfato 1 g VO cada seis horas, o ranitidina u omeprazol o antiácidos.
- Revertir la coagulopatía: vitamina K (0,2 mg/Kg./día) máximo 10 mg, plasma fresco congelado/plaquetas, crioprecipitados.

- Control riguroso de factor V.
- Laboratorios de control:
 - Cada seis horas: glicemia, ionograma, gasometría arterial, tiempo de protrombina, fibrinógeno y hematocrito.
 - Cada 12 horas: bilirrubinas, amonio, factores V y VII, NUS, creatinina, AST, ALT, FA, GGT, Ca iónico, mg, albúmina, hemograma con plaquetas.
 - Cada 24 horas: electrolitos urinarios, creatinina urinaria (FeNa), EGO, proteínas totales, pre-albúmina prevenir o tratar infección.

Toxicidad por acetaminofeno (paracetamol), pacientes con sobredosis deben recibir:

- Carbón activado VO 1 g/Kg. (1 a 4 horas antes de administrar NAC).
- N-acety1-cisteína 1 g/Kg. (NAC):
 - Si el paciente está consciente VO o SNG: 140 mg/Kg. en solución dextrosa al 5%, seguido de 70 mg/Kg. VO cada cuatro horas (17 dosis).
 - Si el paciente está inconsciente vía intravenosa: 150 mg/Kg. en dextrosa al 5% en 15 minutos, seguido de 50 mg/Kg. en cuatro horas, y posteriormente 100 mg/Kg. en 16 horas.
 - Iniciar NAC lo más tempranamente posible en pacientes con ingesta comprobada o transaminasas elevadas severamente.

Toxicidad por otras drogas:

- Anamnesis sobre ingesta, tiempo y última dosis de drogas prescritas y no prescritas, hierbas y suplementos dietéticos.
- Determinar los ingredientes de los medicamentos no prescritos si es posible.
- Suspender todos los medicamentos frente a la posibilidad de hepatotoxicidad.

Síndrome HELLP e hígado graso agudo obstétrico:

- En insuficiencia hepática aguda del embarazo, el manejo debe ser conjunto con obstetricia y UTI.

Infección por hepatitis viral.

Hepatitis autoinmune: tratar con corticoides, prednisona (1 mg/Kg./dosis) o hidrocortisona 1 mg/Kg./dosis.

Isquemia aguda miocardio: el soporte cardiovascular es el tratamiento de elección en la UTI.

■ Apoyo nutricional:

- Sumamente importante en pediatría, la nutrición parenteral sólo en casos donde la nutrición enteral no sea tolerada o esté contraindicada.
- Nutrición enteral en la mayor parte de los pacientes teniendo en cuenta que las fórmulas indicadas deben tener 50% de aminoácidos de cadena ramificada y 50% de aminoácidos de cadena aromática.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

El tratamiento definitivo es el TRASPLANTE HEPÁTICO, sin embargo en Bolivia aún no se cuenta con este procedimiento, mientras tanto los pacientes son manejados de acuerdo al protocolo ya descrito

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Todos los pacientes que se deterioran rápidamente deben ser internados en UTI con cualquier grado de encefalopatía e independientemente de la etiología.
- La etiología precisa debe guiar el manejo en el nivel III.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Para tratamiento ambulatorio debe ser seguido en el nivel III.

OBSERVACIONES

- Comunicar a la familia la gravedad extrema de la enfermedad.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Control estricto de la administración de medicamentos hepatotóxicos.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICOSA

DEFINICIÓN

Es la pérdida sanguínea intraluminal en el tubo digestivo que se origina entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz (flexura duodenoyeyunal). Por lo tanto, es todo episodio de sangrado del tubo digestivo alto, con hematemesis, melena o hematoquezia. Puede tener curso agudo o crónico.

CLASIFICACIÓN

De acuerdo a la presentación y evolución:

- Hemorragia digestiva activa.
- Hemorragia digestiva inactiva.
- Hemorragia digestiva persistente.
- Hemorragia digestiva recidivante.

FACTORES DE RIESGO

- Edad avanzada.
- Enfermedades asociadas.
- Coagulopatía.
- Inmunosupresión.
- Severidad del sangrado (grupo sanguíneo poco frecuente, sangrado durante el período intrahospitalario, re-sangrado, diagnóstico inadecuado, estigmas endoscópicos).
- Consumo de esteroides y AINES.

CAUSAS MÁS FRECUENTES DE SANGRADO NO VARICOSO

- Úlcera péptica, tanto gástrica como duodenal.
- Gastritis aguda, como la gastritis aguda erosiva hemorrágica.
- Úlceras de estrés.
- Laceraciones o desgarros mucosos de la unión esófago-gástrica, como el Mallory-Weiss.
- Neoplasias benignas y malignas.
- Malformaciones vasculares, etc.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

Anamnesis:

- Presencia de hematemesis, melenas, hematoquezia.
- Tiempo transcurrido desde el inicio.
- Ingesta de tóxicos (alcohol, cáusticos, otros).
- Ingesta de medicación gastrolesiva (AINES, nifedipino en ancianos, esteroides, etc.).
- Ingesta de medicación que dificulte la recuperación hemodinámica del paciente (ej. betabloqueantes).
- Episodios previos de HDA, úlceras y sangrados anteriores.
- Existencia o no de hepatopatía crónica.
- Existencia de otra patología asociada (cardiopatía, neumopatía, otras).
- Identificación de otros síntomas, consecuencia del sangrado agudo en pacientes con patología asociada (angor pectoris).
- Descartar hemoptisis, epistaxis o "falsas melenas" inducidas por algunos alimentos o medicamentos como sulfato ferroso, bismuto, remolacha.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio:

- Hemograma, grupo sanguíneo, recuento de plaquetas, pruebas de coagulación, pruebas de función renal, pruebas de función hepática y en casos graves, electrolitos y gases en sangre.

Endoscopia digestiva alta:

- Debe ser practicada en forma precoz y orientada a determinar causa etiológica de la hemorragia, órgano comprometido, clasificación de Forrest, definición de indicación de terapéutica endoscópica.

Arteriografía selectiva:

- Cuando no ha sido posible determinar el punto de sangrado y existen evidencias clínicas de sangrado activo, si se cuenta con este procedimiento.

Otros métodos diagnósticos:

- Cuando no se puede determinar con endoscopia digestiva alta: cintigrafía con tecnecio (según disponibilidad).

CUADRO 1: CLASIFICACIÓN DEL GRADO DE SEVERIDAD DE LA HEMORRAGIA

GRADO	LEVE	MODERADO	SEVERO	MASIVO
PARÁMETRO				
Pérdida en cc	< 750	750-1.500	1.500-2.000	> 2.000
Pérdida en %	< 15	15-30	30-40	> 40
Pulso	< 100	100-120	120-140	Imperceptible
Presión arterial	Normal	Normal	Disminuida	Disminuida
Presión del pulso	Normal	Disminuida	Disminuida	Disminuida
Frecuencia respiratoria	14-20	20-30	30-40	> 40
Volumen urinario (ml/hora)	> 30	20-30	< 20	< 10
Estado mental	Ansiedad leve	Ansiedad moderada	Ansiedad y confusión	Confusión y letargia

TRATAMIENTO**MEDIDAS GENERALES****Nivel I**

Utilizar criterios pronósticos para valoración de la gravedad:

- Control de signos vitales cada hora.
- Balance hídrico estricto.
- Protección de la vía aérea.
- Cateterizar vena con bránula N° 16 ó 18 para el aporte de líquidos por vía IV (reponer requerimientos basales más pérdidas, de preferencia con Ringer lactato).
- Suspender la administración de medicamentos que se puedan estar utilizando de soporte, antituberculosos, corticoides, hepatoprotectores, para prevenir el manejo de la encefalopatía y alteraciones hidroelectrolíticas.
- Referencia a nivel II y III.

MEDIDAS ESPECÍFICAS**Nivel II y III**

- Hospitalización.
- Canalización de 1 ó 2 vías periféricas gruesas, con bránula N° 18.
- Monitoreo de signos vitales de acuerdo a severidad.
- Reposición de volemia.
- Controles de laboratorio.
- Instalar sonda nasogástrica y valorar necesidad de lavado.
- En casos graves con sangrado masivo, valorar necesidad de manejo en UTI.
- Valorar necesidad de transfusión de paquetes globulares en base a índices de hematocrito y hemoglobina.
- Valorar necesidad de transfusión de plasma fresco en caso de politransfusión.
- Iniciar tratamiento farmacológico con:
 - Omeprazol IV 40 mg cada 12 horas, hasta restituir la VO, o pantoprazol IV 40 mg cada 12 horas, hasta restituir la VO.
 - Misoprostol VO 200 mcg cada seis horas (HDA por uso de esteroides y AINES).
- Mantener ayuno hasta que exista evidencia de detención de la hemorragia.
- Continuar tratamiento por consulta externa usando ibuprofeno o bloqueadores H2.

Manejo endoscópico:

- Luego de la estabilización hemodinámica del paciente, a ser aplicada en la forma más temprana posible en Forrest Ia, Ib, IIa y IIb, la selección de la técnica debe ser adecuada a cada caso y de acuerdo a la disponibilidad de recursos terapéuticos.
- Si se repite la hemorragia, se debe indicar una segunda sesión de tratamiento endoscópico.
- Si la hemorragia continúa después de la segunda sesión, valorar tratamiento quirúrgico antes de que el estado general del paciente experimente mayor deterioro.

CUADRO 2: CLASIFICACIÓN DE FORREST

CLASE	ESTIGMA	PRONÓSTICO
Forrest Ia	Sangrado activo en chorro.	75% de riesgo de re-sangrado.
Forrest Ib	Sangrado activo difuso o rezumamiento.	55% de riesgo de re-sangrado.
Forrest IIa	Vaso visible no sangrante.	43% de riesgo de re-sangrado,
Forrest IIb	Coágulo adherido.	22% de riesgo de re-sangrado.
Forrest IIc	Mancha plana.	10% de riesgo de re-sangrado.
Forrest III	Lecho limpio.	5% de riesgo de re-sangrado.

COMPLICACIONES

- Choque hipovolémico.
- Isquemia miocárdica.
- Falla orgánica múltiple.

778

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Sangrado digestivo activo, cuando no se cuente con medios de diagnóstico y tratamiento endoscópico.
- Sangrado digestivo grave que requiera ingresar en UTI.
- Indicación de cirugía, cuando no se disponga de medios adecuados.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Seguimiento ambulatorio del tratamiento dirigido a la causa (ej. úlcera péptica) con el llenado adecuado del formulario de contrarreferencia en nivel I y II.

RECOMENDACIONES

- Evitar automedicación.
- Pacientes con recidiva deben acudir a controles periódicos en nivel II y III.
- Explicar adecuadamente la naturaleza de la enfermedad, su evolución, gravedad y posibles complicaciones.

OBSERVACIONES

- Los procedimientos invasivos requieren consentimiento informado.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Explicar adecuadamente la naturaleza de la enfermedad, su evolución, gravedad y posibles complicaciones.
- Mantener dieta adecuada baja en irritantes (ají, café, condimentos, alcohol, etc.).
- Evitar automedicación (uso de esteroides y AINES).
- En el hogar un ambiente tranquilo, agradable y armónico.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICOSA, VARICES ESOFÁGICAS-VARICES GÁSTRICAS

DEFINICIÓN

Es la pérdida de sangre proveniente de várices esofágicas o gástricas visualizada durante una endoscopia, o es la presencia de sangre en el estómago en presencia de varices esofágicas o gástricas sin sangrado activo, con estigmas de sangrado, habiendo descartado otra fuente u origen del mismo.

FACTORES DE RIESGO

- Hipertensión portal.
- Insuficiencia hepática.
- Obesidad.
- Edad.
- Diabetes y otras enfermedades asociadas.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Presencia de hematemesis y/o melena.
- Presencia de anemia en pacientes con antecedentes de hepatopatía crónica y/o síndrome de hipertensión portal.
- Evaluación del grado de severidad de la pérdida sanguínea (leve, moderado, severo, masivo).
- Evaluar estado de conciencia para descartar o confirmar encefalopatía hepática.
- Evaluación de enfermedades concomitantes que pueden relacionarse con la hemorragia o empeorar su pronóstico.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio:

- Hemograma, grupo sanguíneo, recuento de plaquetas, pruebas de coagulación.
- Pruebas de función renal.
- Pruebas de función hepática.
- Proteinograma, electrolitos y gases en sangre.

Endoscopia digestiva alta:

- Debe ser practicada en forma precoz y siempre con carácter diagnóstico e intención terapéutica, previa estabilización del paciente.
- Es importante valorar si se trata de sangrado por ruptura de varices esofágicas o gástricas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- HDA no varicosa.
- Hemoptisis.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Nivel I

- Control presión arterial, pulso, respiración cada hora.
- Protección de la vía aérea.
- Cateterizar vena con bránula N° 16 ó 18 para el aporte de líquidos por vía IV.
- Suspender la administración de medicamentos que se puedan estar utilizando de soporte, antituberculosos, corticoides, hepatoprotectores, para prevenir el manejo de la encefalopatía y alteraciones hidroelectrolíticas.
- Todos los casos de hemorragia por ruptura de varices esofágicas y/o gástricas deben ser hospitalizados.
- Referencia inmediata a nivel II y III.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel II y III

- Internación.
- Canalización de 1 ó 2 vías periféricas gruesas, con bránula N° 18.
- Monitoreo de constantes vitales.
- Reposición de la volemia.
- Considerar de inicio necesidad de ingresar al paciente a UTI.

- Controles de laboratorio.
- Valorar la necesidad de transfusión de paquetes globulares en base a índices de hematocrito y hemoglobina.
- Valorar la necesidad de transfusión con plasma fresco.
- Mantener ayuno hasta que exista evidencia de detención del sangrado.
- Valorar la indicación y necesidad de tratamiento con somatostatina u octreótide, cuando estén disponibles.
- Valorar la posibilidad de uso de balón de Sengstaken-Blakemore si no es posible realizar endoscopia.
- Valorar necesidad de sonda nasogástrica en pacientes con alteración del estado de conciencia.
- Medidas para evitar encefalopatía hepática.
- Una vez detenido el sangrado y restablecido la VO y estabilizado el estado hemodinámico, usar:
 - Propanolol VO 40 mg cada 12 horas, vigilando la PA y pulso.
 - Sucralfato VO g cada seis horas.

Manejo endoscópico:

Várices esofágicas:

- Ligadura endoscópica con bandas elásticas.
- Escleroterapia con el esclerosante disponible.

Várices gástricas:

- Inyección de cianoacrilato.
- Escleroterapia con el esclerosante disponible

Luego de detener la hemorragia, el paciente debe continuar tratamiento endoscópico hasta la erradicación de las varices.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Considerar tratamiento quirúrgico como último recurso, para hemorragias que no responden a las otras alternativas.

COMPLICACIONES

- Choque hipovolémico.
- Encefalopatía hepática.
- Insuficiencia hepática.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Paciente con sangrado digestivo activo, cuando no se cuente con medios de diagnóstico y tratamiento endoscópicos.

CRITERIOS DE ALTA

- Estabilización hemodinámica.
- Ausencia de hemorragia activa.
- Diagnóstico y tratamiento establecidos.
- Tratamiento mediante endoscopia hasta erradicación de las várices.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Seguimiento ambulatorio de la patología de base, utilizando la hoja de contrarreferencia llenada adecuadamente en nivel II y III.

RECOMENDACIONES

- Informar al paciente y/o familiares la magnitud y gravedad de la hemorragia.
- Explicar los procedimientos terapéuticos.
- Explicar que el pronóstico es de acuerdo a la severidad del cuadro, la enfermedad de base y las patologías asociadas que tenga el paciente.

OBSERVACIONES

- Firma del consentimiento informado por parte del paciente o familiares para procedimientos de endoscopia y quirúrgicos.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Orientar al paciente sobre la gravedad de la patología, lo que implica que debe acudir a control periódico en el establecimiento de salud de nivel II y III.
- Fomentar la adherencia al tratamiento médico.
- Mantener dieta adecuada baja en irritantes (ají, café, condimentos, alcohol, etc.).
- En el hogar un ambiente tranquilo, agradable y armónico.

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

DEFINICIÓN

Se la pérdida sanguínea por el recto, cuyo origen se encuentra entre el ángulo de Treitz y el ano.

CLASIFICACIÓN

Se puede clasificar mediante el grado de compromiso hemodinámico que se tenga en:

- Aguda.
- Moderada.
- Masiva.
- Crónica.
- Oculta.

FACTORES DE RIESGO

- Edad.
- Magnitud del sangrado y enfermedad causante de la hemorragia.
- Cáncer de colon.
- Medicamentos.
- Hereditaria: poliposis familiar, neoplasias.
- Enfermedades asociadas.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Mientras más distal y/o mayor velocidad de tránsito, más rojo el color de la sangre eliminada.
- Deposiciones formadas, mezcladas con sangre que se elimina al final de la defecación, sugieren patología orificial (ej. hemorroides, fisura anal).
- Presencia de anemia de causa no determinada.
- Prurito y/o dolor anal, también sugieren patología orificial.
- Otras asociaciones con HDB tienen importancia diagnóstica: fiebre tifoidea, diarrea infecciosa, enfermedad inflamatoria intestinal, o linfoma intestinal.
- Heces acintadas, cambios de hábito intestinal o compromiso del estado general: neoplasia.
- Antecedentes de irradiación: rectitis actínica.
- Otros elementos de valor diagnóstico en la historia: traumatismos, antecedentes familiares de cáncer colorectal, telangiectasias (dilatación permanente de capilares y vénulas superficiales) y poliposis, tratamiento anticoagulante.
- Antecedentes de polipectomía reciente.

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

- Si al aspirar contenido gástrico por sonda nasogástrica, se obtiene sangre, corresponde a hemorragia digestiva alta.
- Presencia de telangiectasias en labios y mucosas sugiere Rendu-Osler (enfermedad vascular hereditaria); melanosos cutánea o mucosa orienta a Peutz-Jeghers (enfermedad hereditaria que se caracteriza por la presencia de pólipos intestinales).
- Palpación de masa abdominal sugiere neoplasia, enfermedad diverticular complicada o enfermedad de Crohn.
- La presencia de fiebre y esplenomegalia sugieren fiebre tifoidea o linfoma intestinal.
- La inspección anal externa y el tacto rectal descarta masas, aporta datos acerca de las características de las heces, la deposición y la evidencia de alguna patología orificial: fisuras, fistulas, hemorroides.
- La anoscopía demuestra la patología orificial y del canal anal, y permite ver la mucosa rectal distal.
- Causas más frecuentes: hemorroides, enfermedad diverticular de colon, angiodisplasia colónica, cáncer color rectal y trombosis mesentérica.
- Colitis isquémica, pólipos rectales en niños.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio:

- Hemograma.
- Grupo sanguíneo y Rh.
- Nitrógeno ureico.
- Estudio de coagulación: protrombina, tiempo de sangría y recuento de plaquetas.
- Electrocardiograma y enzimas cardíacas (si hay disponibilidad y se asocia dolor coronario).
- Calcemia (nivel de calcio en la sangre); en politransfundidos.
- Marcadores tumorales (si hay disponibilidad).

Gabinete:

- Anoscopia-proctosigmoidoscopia.
- Colonoscopia (estándar de oro).

En casos en que la endoscopia no ha sido diagnóstica considerar:

- Angiografía (si está disponible).
- Radiología con contraste.
- Radioisótopos.
- Gammagrafía con 99 Tc pertecnato.
- Cintigrafía con tecnecio marcado (pertenectato de Tc 99 m).
- Enteroscopia (si está disponible ante sospecha de hemorragia proveniente de intestino delgado).
- Cápsula endoscópica (si está disponible ante sospecha de hemorragia proveniente de intestino delgado).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Hemorragia digestiva alta (con tránsito intestinal acelerado).

COMPLICACIONES

- Choque hipovolémico.
- Complicaciones cardiorrespiratorias.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Nivel I

- Control presión arterial, pulso, respiración cada hora.
- Protección de la vía aérea.
- Cateterizar vena con bránula N° 16 ó 18 para el aporte de líquidos por vía IV.
- Todos los casos de hemorragia digestiva baja deben ser hospitalizados.
- Referencia inmediata a nivel II y III.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel II y III

- Evaluación de la necesidad o no de hospitalización del paciente.
- Estabilización hemodinámica.
- Evaluación de la pertinencia de tratamiento endoscópico de acuerdo a la causa etiológica.
- Evaluación de tratamiento quirúrgico oportuno.
- Reposición de la volemia y transfusión de sangre de acuerdo a valoración.
- Localización de la fuente de hemorragia para proceder al tratamiento correspondiente.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- Hemorragia activa de causa y localización no establecida.
- Fracaso de control por medios no quirúrgicos.
- Riesgo de re-sangrado por las características endoscópicas de la lesión.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Sospecha de hemorragia digestiva baja activa.
- Paciente con enfermedades asociadas (ej. cardiopatía).
- Necesidad de tratamiento quirúrgico.
- Cuando no se cuente con métodos de diagnóstico y tratamiento.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Seguimiento ambulatorio de la patología de base, utilizando la hoja de contrarreferencia llenada adecuadamente en nivel I, II y III de acuerdo a la gravedad del caso.

OBSERVACIONES

- Firma del consentimiento informado por parte del paciente o familiares para procedimientos de endoscopia y quirúrgicos.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Evitar el estreñimiento.
- Evitar manipulación anal.
- Mantener dieta adecuada en fibras y agua.

IMPACTACIÓN FECAL O FECALOMA

DEFINICIÓN

Acumulación de heces fecales endurecidas y compactas, retenidas en ampolla rectal, con menor frecuencia en recto y sigmoides.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

En adultos:

- Datos clínicos de obstrucción intestinal.
- Dolor abdominal cólico, intermitente.
- Distensión abdominal.
- Estreñimiento (mayor a tres días).
- Vómitos (tardíos).
- Sensación de ocupación rectal.
- Masa palpable en trayecto de segmento de colon afectado (escíbalos y coprolitos).
- Presencia de heces duras en ampolla rectal percibidas al tacto rectal.
- Diarrea paradójal.
- Impactación fecal secundaria a megacolon chagásico (zonas endémicas de enfermedad de Chagas).
- Sospecha de perforación intestinal (poco frecuente).

En niños:

- Ausencia de deposiciones.
- Dolor abdominal.
- Distensión abdominal.
- Masa palpable (signo de Godet ocasional).
- Tacto rectal: ampolla llena y heces duras.
- Se debe sospechar la enfermedad de Hirschsprung.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

En adultos:

Gabinete:

- Radiografía simple de abdomen de pie.

En niños:

Gabinete:

- Radiografía simple de abdomen de pie.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Nivel I

En adultos:

Si hay sospecha de oclusión intestinal:

- Ayuno.
- SNG en caso de vómitos.
- Iniciar venoclisis para manejo hidroelectrolítico de acuerdo a requerimientos basales.
- Los procedimientos invasivos requieren consentimiento informado.
- Referencia acompañada inmediata.

En niños:

- Internación.
- Ayuno.
- Iniciar venoclisis para manejo hidroelectrolítico de acuerdo a requerimientos basales.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

En adultos:

Nivel II y III

Todas las medidas anteriores mas:

- Enema por proctoclistis (preparación de acuerdo a cada centro, ej. enema de Murphy).
- Extracción manual de heces impactadas bajo anestesia.
- En caso de fracaso de proctoclistis e imposibilidad de extracción manual y datos de abdomen agudo valoración por cirugía.
- Resuelto el episodio, identificar la causa de la impactación fecal.
- **NO UTILIZAR LAXANTES CON EL FIN DE RESOLVER LA IMPACTACIÓN, NI UTILIZAR SONDAS RECTALES CON FINES DESCOMPENSIVOS.**

En niños:

- Tacto rectal y extracción manual de heces impactadas (si es necesario).
- Enema por proctoclistis (enema vase-linado al 20%) a 20 ml/Kg./dosis con máximo de 400 ml en dos horas, hasta limpiar completamente el segmento intestinal afectado, después de presentar evacuaciones evaluar y tratar de acuerdo al protocolo de constipación.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

De acuerdo a patología de base (ej. Hirschsprung, displasia neuronal, pseudo-obstrucción intestinal, etc.)

CRITERIOS DE REFERENCIA

A nivel II, ante las siguientes señales de alarma:

- Ausencia de deposiciones, dolor abdominal y distensión abdominal. progresiva.
- Recidivas del cuadro clínico.

CRITERIOS DE ALTA

- Resuelto cuadro oclusivo intestinal.
- Restablecimiento del tránsito intestinal.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Para continuar tratamiento en forma ambulatoria con su hoja de contrarreferencia debidamente llenada.
- Una vez resuelto el problema por especialidad de nivel III el niño/niña debe ser retornado a su establecimiento de salud de nivel I con las indicaciones para seguimiento y explicación de signos de alarma.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Explicar adecuadamente la naturaleza de la enfermedad, su evolución y posibles complicaciones, al igual que el régimen terapéutico.
- Corregir factores de riesgo (reposos prolongado en cama, malos hábitos higiénico dietéticos, empleo de psicofármacos en ancianos).
- Todo paciente estreñido debe recibir tratamiento médico para prevenir la impactación.
- Ver tratamiento de constipación.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

DEFINICIÓN

Síndrome clínico caracterizado por la interrupción del tránsito intestinal, a nivel del tracto gastrointestinal.

ETIOLOGÍA

Atresia esofágica, estenosis pilórica, atresia duodenal, páncreas anular, bridas congénitas, atresias intestinal (ye-yuno-íleon), atresia de colon, malformaciones anorrectales, invaginación intestinal, duplicación intestinal, vólvulo de sigmoides, hernia inguinal complicada, bridas post operatorias, parasitosis, bezoares, tumores benignos y malignos, íleo biliar, divertículo de Meckel.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

Obstrucción alta:

- Dolor abdominal intenso tipo cólico.
- Náuseas y vómitos precoces.
- Ausencia tardía de eliminación de gases y heces.
- Distensión abdominal moderada.
- Ruidos intestinales de tono metálico.

Obstrucción baja:

- Dolor abdominal intenso tipo cólico.
- Náuseas y vómitos tardíos.
- Ausencia de eliminación de gases y heces.
- Gran distensión abdominal.
- Ruidos intestinales de tono metálico.
- Tacto rectal con ampolla vacía.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio:

- Hemograma.
- Glicemia y creatinina.
- Pruebas coagulación (tiempos de coagulación, sangría y protrombina).
- Electrolitos séricos.
- Examen general de orina.

Gabinete:

- Radiología simple de abdomen (en el embarazo, sólo a partir de 20 semanas de gestación).
- Tránsito intestinal contrastado (en casos seleccionados).
- Ecografía abdominal (complementaria).
- Perfil biofísico fetal.
- Colon por enema.
- Ecografía prenatal.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Nivel I

- Reposo intestinal, NPO, sonda nasogástrica abierta a caída libre (frasco colector).
- Canalización de vía venosa para venoclisis con solución de Ringer lactato 1.000 cc a goteo para mantener vía o adecuar el volumen al estado de hidratación.
- Balance hídrico estricto (pérdidas por sonda nasogástrica, diuresis, etc.).
- Referencia inmediata acompañada por personal de salud capacitado en RCP.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel II y III

Además de las anteriores medidas:

- Hidratación parenteral: 2.000 ml x m² superficie corporal en 24 horas, con:
 - Solución fisiológica 1.000 ml, + solución glucosada al 5% 1.000 ml + solución Ringer lactato 1.000 ml = total 3.000 ml para 24 horas.

- Analgésicos: dipirona IV 1 g lento o metamizol por requerimiento, una vez definido el diagnóstico.
- Antiespasmódico como butilbromuro de hioscina IV 1 ampolla lenta, con diagnóstico definido, para controlar el dolor espástico:
 - En caso de respuesta favorable luego de 24 a 48 horas mantener tratamiento médico.
 - En caso de incremento de signo-sintomatología y signos de peritonitis, se realizará TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Laparotomía exploradora para tratamiento etiológico, en base a resección, anastomosis y/o ostomias:

- Liberación de adherencias. ■ Resolución de hernias. ■ Tratamiento del vólvulo. ■ Isquemia intestinal.

CRITERIOS DE REFERENCIA

A nivel II ó III, ante las siguientes señales:

- Dolor abdominal intenso tipo cólico.
- Náuseas y vómitos.
- Ausencia de eliminación de gases y heces.
- Distensión abdominal.
- Refiera inmediatamente a centro de resolución quirúrgica con formulario de referencia debidamente llenado.

CRITERIOS DE ALTA

- Una vez restituida la vía oral.
- Restablecido el tránsito intestinal.
- Retiro de drenajes y puntos si requirió tratamiento quirúrgico.
- En ausencia de complicaciones locales o sistémicas.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Una vez resuelto el cuadro obstructivo en forma médica o quirúrgica, para continuar tratamiento en forma ambulatoria con el formulario de contrarreferencia debidamente llenado.

RECOMENDACIONES

- Podría considerarse un tiempo de espera de 48 horas con las medidas mencionadas, antes de decidir una conducta quirúrgica **mientras el curso clínico no empeore**.
- La interrupción brusca del tránsito intestinal con dolor, vómitos y /o ausencia de eliminación de gases o heces debe ser evaluada en un centro médico.

OBSERVACIONES

- En obstrucción intestinal baja debido a vólvulo del sigmoides no se deben intentar maniobras a ciegas, debiéndose referir al paciente a centro de nivel II ó III para devolvulación endoscópica si las condiciones lo permiten.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- La interrupción brusca del tránsito intestinal con dolor, vómitos y/o ausencia de eliminación de gases o heces debe ser evaluada en un centro médico.
- En casos de pacientes con historia de Chagas intervenciones quirúrgicas mantener una dieta rica en fibra, vegetales y agua.
- En niños: fomentar el control prenatal adecuado en la embarazada y desde el nacimiento una dieta adecuada.

PANCREATITIS AGUDA

DEFINICIÓN

Es la inflamación aguda del páncreas con grado variable de compromiso de los tejidos regionales y diferente grado de compromiso sistémico debido a la auto digestión de la glándula por activación enzimática; cursa con dolor abdominal más hiperamilasemia, que puede presentarse en episodios únicos o recurrentes, generalmente auto limitado o de curso benigno.

CLASIFICACIÓN

Aguda leve:

- Está asociada con mínima repercusión sistémica.
- El hallazgo histopatológico es el edema intersticial de la glándula.

Aguda grave o severa:

Asociada a:

- Compromiso sistémico, afectación de uno o más órganos (falla respiratoria, renal, hematológica, etc.).
- Complicaciones locales como necrosis (con o sin infección).
- Colecciones líquidas agudas.
- Pseudoquiste o absceso.
- Puede haber complicaciones.

FACTORES DE RIESGO

- Litiasis biliar.
- Alcoholismo crónico.
- Trastornos metabólicos: hiperlipidemia, hiperparatiroidismo.
- Anormalidades estructurales: de la unión bilio-pancreática, páncreas divisum, cáncer de páncreas o de ampolla, disfunción del esfínter de Oddi.
- Post colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPER).
- Traumas abdominales cerrados o cortantes.
- Cirugía abdominal.
- VIH(+) el 14% desarrollan pancreatitis en un período de un año.
- Medicamentos.
- Pancreatitis idiopática (50 a 73% se debe a microlitiasis).
- Obesidad.
- Parasitosis biliar: ascariasis, hidatidosis, fasciolosis.
- Consumo de comidas colecistoquinéticas abundantes acompañadas de alcohol.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Dolor epigástrico que se irradia en cinturón.
- Náuseas y vómitos.
- Distensión abdominal.
- Antecedentes de factores de riesgo.
- Equimosis peri-umbilical, en flancos o por debajo del ligamento inguinal.
- Fiebre en algunos casos.
- Ictericia.
- Resistencia abdominal.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio:

- Hemograma con eritrosedimentación.
- Glicemia, amilasemia, creatinina y BUN.
- Electrolitos, pruebas de función hepática, DHL.
- Gasometría arterial en pacientes graves.
- Calcio, colesterol, triglicéridos.
- Proteína C reactiva cuantitativa (si está disponible).
- Lipasa si existe disponibilidad.
- Amilasuria en casos necesarios.

- Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.
- Choque.
- Signos asociados con PA necrohemorrágica (signo de Cullen y signo de Grey Turner).
- Signos asociados con obstrucción biliar (ictericia, coluria, hipocolia o acolia).

CRITERIOS DE RANSON AL INGRESO:

- Edad: mayor de 55 años.
- Recuento de glóbulos blancos: mayor a 16.000 mm³.
- Glicemia: mayor a 200 mg/dl.
- LDH sérica mayor a 350 UI.
- TGO mayor a 250 UI.

CRITERIOS DE RANSON A LAS 48 HORAS:

- Descenso del hematocrito: mayor a 10 puntos.
- Ascenso del nitrógeno ureico (BUM) mayor a 5 mg/dl.
- PO₂ arterial menor a 60 mmHg (nivel del mar).
- PO₂ arterial menor a 60 mmHg (nivel de altura).
- Calcio sérico: menor a 8 mg/dl.
- Déficit de bases: mayor a 4 mEq/l.
- Secuestro de líquidos: mayor a 6 litros.

Gabinete:

- Radiografía simple de abdomen.
- Radiografía de tórax (buscando derrame pleural izquierdo).
- Ecografía abdominal.
- Tomografía axial computarizada (si se cuenta); de preferencia TAC dinámica (entre las 48 y 96 horas para valorar necrosis). Mayor utilidad en pancreatitis severa.
- Paracentesis (en caso de definirse ascitis).
- Punción aspirativa con aguja fina (si es imprescindible certificar infección pancreática).
- Colangiopancreatografía endoscópica retrograda (en PA de etiología biliar —cuando se encuentra persistencia de colestasis o dilatación de la vía biliar— o en colangitis asociada).

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Nivel I

- Utilizar criterios pronósticos para valoración de la gravedad: Ranson, Apache II (evaluación fisiológica del estado de salud agudo o crónico) u otros.
- Obtención del consentimiento informado.
- Pancreatitis aguda leve (80%).
- Internación.
- Mantener ayuno el tiempo que dura el dolor y el íleo.
- Corregir desequilibrio hidroelectrolítico: soluciones parenterales en volumen adecuado a cada caso. Se requerirá mayores volúmenes cuanto mayor gravedad de la pancreatitis, en lo posible manejo con presión venosa central.
- Inhibidores de la bomba de protones parenterales.
- Referencia acompañada por personal de salud.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel II y III

Pancreatitis aguda leve:

- Todas las medidas anteriores mas:
- Mantener ayuno el tiempo que dura el dolor y el íleo.
- Corregir desequilibrio hidroelectrolítico con soluciones parenterales en volumen adecuado a cada caso. Se requiere mayor volumen cuanto mayor es la gravedad del cuadro.

Nivel II y III

Pancreatitis aguda grave (20%):

- Internación en UTI y atención por equipo multidisciplinario (intensivistas, gastroenterólogos, imagenólogos, cirujanos).
- Monitorización intensiva de signos vitales.
- Soporte nutricional: el único método demostrado para disminuir infecciones es la nutrición parenteral precoz, en especial en pancreatitis severa.

- Control de la presión venosa central, PVC.
- Tratamiento del dolor severo: meperidina IV 75-100 mg PRN.
- En pancreatitis aguda biliar: CPRE más esfinterotomía endoscópica temprana en caso de persistencia de colestasis o dilatación de vía biliar a la ecografía o en especial si hay colangitis asociada (17%).
- Si existe coledolitiasis, indicar colecistectomía luego de mejorado el cuadro agudo, en lo posible durante la misma internación.

Nota: este estadio puede ser manejado en nivel II, siempre y cuando exista condiciones y estén disponibles especialistas, cirujano y gastroenterólogo.

- Tratamiento del factor etiológico.
- Existe controversia en profilaxis antibiótica de la infección en la necrosis pancreática, si está indicada luego de efectuar diagnóstico de infección, utilizar: imipenem IV 0,5-1 g cada 6-8 horas por 7 a 10 días, previa valoración de función renal (de elección en casos de necrosis infectada); o ciprofloxacina IV 400 mg cada 12 horas + metronidazol IV en infusión a 5 ml/min, 500 mg cada ocho horas por siete días.
- Tratamiento de complicaciones locales.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Indicaciones de cirugía son: necrosis pancreática infectada, abdomen agudo, abscesos y complicaciones locales o sistémicas persistentes y progresivas. Aún existiendo una indicación de cirugía, se recomienda retardarla el mayor tiempo posible.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Sospecha clínica de pancreatitis aguda.

CRITERIOS DE ALTA

- Desaparición del dolor e íleo con buena tolerancia oral.
- Ausencia de complicaciones.
- Control clínico y ecográfico semanal durante 4 a 8 semanas.
- El control y seguimiento periódico se debe hacer en el nivel II ó III.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Resolución de la coledolitiasis.
- En caso de pseudoquiste asintomático no tratado ni resuelto en forma espontánea, seguimiento periódico por imágenes.

RECOMENDACIONES

- El paciente y la familia deben ser informado sobre la naturaleza de la enfermedad, gravedad, curso posible de la evolución y complicaciones posibles.
- Evaluación de efectos colaterales de medicamentos utilizados para descartar posible daño pancreático.

OBSERVACIONES

- Los procedimientos invasivos requieren consentimiento informado.
- Evitar antiespasmódicos para el control del dolor.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Evitar las comidas copiosas asociadas a grasas y alcohol.
- Evitar la vida sedentaria.
- Orientar al paciente con litiasis vesicular de las posibles complicaciones de su enfermedad que pueden dañar su integridad física.
- Promocionar las dietas balanceadas con nutrientes adecuados (verduras, proteínas y frutas y abundante líquido).
- Gestión con las autoridades comunitarias para el apoyo en el traslado inmediato de un paciente con sospecha de pancreatitis por tratarse de un cuadro grave que pone en riesgo la vida.

ÚLCERA PÉPTICA – ENFERMEDAD ÁCIDO PÉPTICA (GASTRITIS-DUODENITIS-ESOFAGITIS)

DEFINICIÓN

Es una lesión en la mucosa gastrointestinal que se extiende más allá de la muscularis mucosae y que permanece por un desbalance entre los factores defensivos y agresivos de la mucosa afectada, que se caracteriza por procesos inflamatorios erosivos o ulcerativos.

CLASIFICACIÓN

Primaria:

Asociada a *Helicobacter pylori*.

Secundaria:

- Producción excesiva de ácido (síndrome de Zollinger-Ellison, hiperplasia o hiperfunción de las células G del antro, insuficiencia renal, hiperparatiroidismo, nacimiento traumático, sepsis y asfixia perinatal).
- Estrés (estado de choque, traumatismos, sepsis, grandes quemados).
- Otros padecimientos: gastroenteritis eosinofílica, menetrier, gastritis hipertrófica, gastritis linfocítica, gastritis inmunitaria atrófica, enfermedad de Crohn gastro-duodenal.
- Fármacos: antiinflamatorios esteroideos y no esteroideos, aspirina, etanol.

FACTORES DE RIESGO

- Infección por *Helicobacter pylori*.
- Ingesta de antiinflamatorios no esteroideos, ácido acetil salicílico.
- Hipoxia tisular (estrés, eritrocitosis, senectud).
- Grupo sanguíneo O (duodenal) y grupo sanguíneo A (gástrica).
- Hipersecreción ácida: gastrinoma, Zollinger Ellison, neoplasia endócrina múltiple.
- Asociadas a uso de cocaína – crack.
- Alcohol, tabaco.
- Reflujo duodeno gástrico.
- Ingesta de antiinflamatorios esteroideos y no esteroideos.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

En adultos:

De mayor frecuencia:

- Dolor urente, localizado en epigastrio y en ayunas.
- Náuseas y/o vómitos postprandiales inmediatos.
- Acidez y/o pirosis más o menos permanentes.
- Sensación dolorosa de hambre y/o vacío en epigastrio.
- El dolor epigástrico calma con alimentos no condimentados, antiácidos o con inhibidores de la secreción ácida.

De menor frecuencia:

- Meteorismo.
- Halitosis.
- Sialorrea.
- Constipación.
- Úlceras asintomáticas que debutan con hemorragia digestiva alta.

En niños:

- Lactantes: datos inespecíficos (irritabilidad, llanto pertinaz, vómitos, dificultad para alimentarse).
- Pre-escolares y escolares: dolor abdominal de cualquier localización, inapetencia, vómitos, distensión abdominal postprandial.
- Adolescentes: dolor urente referido en hipogastrio, pirosis, distensión abdominal, dispepsias, meteorismo, vómitos.

En todos los grupos etarios en casos de lesiones ulcerosas sangrantes puede existir melenas y/o hematemesis.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

En adultos:

Laboratorio:

- Hemograma y grupo sanguíneo en caso de sospecha de complicación (hemorragia, perforación).
- Test de ureasa (para detección de *Helicobacter pylori*).
- Detección de antígeno de *Helicobacter pylori* en heces.
- Prueba del aliento con urea marcada para detección de *Helicobacter pylori*.

Gabinete:

Endoscopia digestiva alta, para evaluar:

- Forma y características del nicho ulceroso.
- Características de los pliegues.
- Localización de la úlcera.
- Presencia de complicaciones.
- Para obtención de biopsias.
- Para investigación de *Helicobacter pylori*.

Serie esófago gastroduodenal para:

- Completar la evaluación en caso de estenosis pilórica o bulbar y valorar el vaciamiento gástrico.

Placa simple de abdomen:

- En caso de dolor severo, para confirmar o descartar perforación.

Anatomía patológica:

- Úlcera gástrica: biopsia a toda lesión para descartar neoplasia.
- Úlcera duodenal: biopsia en caso de sospecha de neoplasia (ej. úlceras grandes, nodulares, ubicadas en segunda porción duodenal).

En niños:

Laboratorio (en general no muy útil):

- Hemograma.
- Serología para *Helicobacter pylori*.
- Antígeno fecal para *Helicobacter pylori*.
- Química sanguínea.

Gabinete:

Endoscopia digestiva alta (bajo anestesia general):

- Diagnóstica.
- Toma de biopsias (en todos los casos).

Anatomía patológica:

Pruebas especiales (si están disponibles).

- Test de ureasa (para detección de *Helicobacter Pylori*).
- Prueba del aliento con urea marcada (C¹³).

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Nivel I

- Referencia al nivel II con servicio de endoscopia o directamente al nivel III.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel II y III

- Los procedimientos invasivos requieren consentimiento informado.
- En diagnóstico de úlcera péptica asociada a *Helicobacter pylori* utilice una de las siguientes opciones:

Primera opción

En adultos:

- Claritromicina VO 500 mg + amoxicilina 1 g cada 12 horas por siete días + inhibidores de la bomba de protones (IBP), en dosis habituales (omeprazol 20 mg).

En niños:

- Metronidazol VO 20 mg/Kg./día fraccionado cada ocho horas + amoxicilina VO 50 mg/Kg./día fraccionada cada 12 horas + omeprazol VO 1 mg/Kg./día cada 12-24 horas. Todo el esquema por 14 días.

Segunda opción

En adultos se elige entre dos esquemas:

- Iniciar con primer ciclo: omeprazol VO 20 mg cada 12 horas + amoxicilina VO 1 g cada 12 horas por cinco días. Continuar segundo ciclo: omeprazol VO 20 mg cada 12 horas + claritromicina VO 500 mg cada 12 horas + tinidazol 500 mg cada 12 horas, eficacia del 96% u omeprazol VO 20 mg cada 12 horas + claritromicina VO 500 mg + metronidazol VO 500 mg cada 12 horas por siete días

En niños:

- Claritromicina VO 15 mg/Kg./día fraccionada cada 12 horas + amoxicilina VO 50 mg/Kg./día fraccionada cada 12 horas + omeprazol VO 1 mg/Kg./día cada 12-24 horas, todo el esquema por 14 días.

Tercera opción

En adultos:

Si no está disponible la claritromicina, se puede considerar cualquiera de los siguientes esquemas:

- Omeprazol 20 mg cada 12 horas + amoxicilina VO 1 g cada 12 horas + metronidazol VO 500 mg cada 12 horas por siete días o subcitrate de bismuto coloidal VO 120 mg cada seis horas + metronidazol VO 500 mg cada 12 horas + tetraciclina VO 500 mg cada seis horas por 14 días.

En niños:

Sólo de manejo en nivel III, por especialista del área:

- Ranitidina VO 5 mg/Kg./día cada 12 horas por 30 días + amoxicilina VO 40 mg/Kg./día cada 12 horas por 14 días + subcitrate de bismuto coloidal VO 120 mg cada ocho horas, todo el esquema por 14 días.
- Tetraciclina VO 100 mg cada ocho horas por 14 días en mayores de ocho años.

Enfermedad ácido péptica NO asociada a *Helicobacter pylori*

En adultos:

Omeprazol VO 20 mg cada 12 horas o ranitidina VO 50 mg cada ocho horas, ambas por 15 a 30 días, si no cede la sintomatología, se requiere endoscopia.

En niños:

- Ranitidina VO 4 mg/Kg./día cada 12 horas u omeprazol VO 1 mg/Kg./día VO cada 24 horas.

Falla terapéutica:

- En la eventualidad de falla terapéutica del régimen con claritromicina, se requiere terapia de “rescate”, que puede ser la siguiente:
 - IBP en dosis habituales cada 12 horas + levofloxacina 500 mg cada 12 horas + amoxicilina 1 g cada 12 horas por siete días.
 - Para las úlceras que no están relacionadas a infección por *Helicobacter pylori*, debe utilizarse ibuprofeno o bloqueadores H2: ranitidina VO 150 mg cada 12 horas por cuatro semanas (duodenales) a ocho semanas (gástricas) y eliminar el agente causal.
- Si persiste la úlcera, se debe estudiar otras causas: síndrome de Zollinger Ellison, hiperparatiroidismo, neoplasias endocrinas múltiples e intestino corto.

COMPLICACIONES

- Hemorragia.
- Perforación.
- Estenosis piloro-duodenal.
- Penetración (a órgano vecino).

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Los establecimientos de nivel I y II deben referir los pacientes que presenten manifestaciones clínicas con sospecha de úlcera péptica.
- Necesidad de confirmación diagnóstica por endoscopia.

CRITERIOS DE INTERNACIÓN

- Una crisis dolorosa que no cede con tratamiento habitual.
- En niños, cualquiera de las complicaciones:
 - Hemorragia.
 - Perforación.
 - Estenosis píloro-duodenal.
 - Penetración.

CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de la sintomatología clínica y de las complicaciones.
- Control clínico y endoscópico + biopsia periódica en casos de úlcera esofágica o gástrica.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Seguimiento del tratamiento ambulatorio en el nivel I y II siguiendo los esquemas establecidos y utilizando la hoja de contrarreferencia.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Buscar *Helicobacter pylori* en la familia.
- Tratamiento al contacto (adolescentes).
- Seguimiento hasta el segundo mes en el nivel III.

VÓLVULO SIGMOIDE

DEFINICIÓN

Es la torsión del colon sigmoides en un intestino previamente dilatado secundario a diversas patologías.

ETIOLOGÍA

Pueden ser múltiples:

- **Enfermedad de Chagas** causa más importante en Bolivia.
- Megacolon de altura.
- El uso prolongado de algunos medicamentos como los opiáceos, antiparkinsonianos, etc.
- En niños: estreñimiento crónico y megacolon congénito.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Dolor abdominal de tipo cólico de aparición súbita, intenso.
- Gran distensión abdominal asimétrica.
- Falta de eliminación de gases y heces.
- Náuseas y vómitos tardíos.
- Ruidos hidroaéreos aumentados en tono y frecuencia.
- Ampolla rectal vacía.
- Timpanismo abdominal.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio:

- Hemograma.
- Hemaglutinación indirecta (HAI-Chagas).
- Test de Elisa para Chagas.

Gabinete:

- Radiografía simple de abdomen en posición de pie.
- Endoscopia: visualización de la roseta en sigmoides, sitio de la volvulación.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Nivel I

- Reposo intestinal, NPO, sonda nasogástrica abierta a caída libre (frasco colector).
- Canalización de vía venosa para venoclisis con solución de Ringer lactato 1.000 cc a goteo para mantener vía o adecuar el volumen al estado de hidratación.
- Balance hídrico estricto (pérdidas por sonda nasogástrica, diuresis, etc.).
- Referencia inmediata acompañada por personal de salud capacitado en RCP.

Nivel II y III

- Mantener anteriores indicaciones e iniciar manejo específico.
- Reposición de volumen de líquidos y electrolitos de acuerdo a resultados de exámenes complementarios.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Manejo endoscópico con mucosa de aspecto normal y/o congestiva:

- Descompresión mediante sonda rectal.
- Enemas evacuantes.
- Control por 48 a 72 horas.
- Una vez realizada la descompresión se requiere valoración por cirugía.

Manejo endoscópico con mucosa congestiva:

- Descompresión mediante sonda rectal.
- Sonda rectal.
- Enemas evacuantes.

Manejo endoscópico con mucosa violácea o de aspecto necrótico:

- Valoración por cirugía.
- Conducta quirúrgica.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Diagnosticado el cuadro referir al nivel II ó III.

CRITERIOS DE ALTA

- Restablecimiento del tránsito intestinal después de tratamiento médico o quirúrgico.
- Seguimiento en consulta externa en nivel III hasta normalizar el habito intestinal.
- Evaluación de probable tratamiento definitivo con cirugía.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Resuelto el problema, llenando el formulario de contrarreferencia de acuerdo a norma.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Explicación acerca de que cada persona debe conocer su hábito intestinal para disminuir la tendencia al uso innecesario de laxantes.
- Medidas higiénico dietéticas dirigidas a incrementar el consumo de fibras, dieta equilibrada y 2 a 3 litros de agua diario.
- Recomendaciones sobre:
 - Hábito de ejercicio diario.
 - Reserva de tiempo necesario para el hábito intestinal, en lo posible a la misma hora todos los días.
 - No ignorar ni postergar el deseo de defecar.