MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES

Nº 281 -2022-SA-DG-HNSEB

RESOLUCION DIRECTORAL

Comas, 16 DIC. 2022

Visto: El Expediente N°022741-2022 que contiene el Informe N°13-OGC-HNSEB-2022 de la Oficina de Gestión de la Calidad, los Memorandos N°1502 y N°1503-2022-DPTO.MEDICINA-HNSEB del Departamento de Medicina y la Nota Informativa N°237-2022-OEPE-HNSEB e Informe N°030-2022-ETORG-OEPE-HNSEB de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico;

CONSIDERANDO:

Que, el numeral VI del Título Preliminar de la Ley N°26842 Ley General de Salud, establece que: "*Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.*";

Que, el inciso b) del Artículo 37° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por el Decreto Supremo Nº013-2006-SA, dispone que el Director Médico de los Establecimientos de Salud debe asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud;

Que, mediante la Resolución Ministerial N°302-2015/MINSA se aprobó la NTS N°117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud" que tiene como finalidad contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basada en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud así como la optimización y racionalización del uso de los recursos;

Que, mediante Resolución Ministerial N°826-2021-MINSA, se aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud" que tiene como objetivo general establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los Documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud;

Que, el Jefe del Departamento de Medicina, mediante los Memorandos N°1502 y N°1503-2022-DPTO.MEDICINA-HNSEB remite a la Oficina de Gestión de la Calidad, el proyecto de Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Hemorragia Digestiva Alta y Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Pancreatitis Aguda elaboradas por el Servicio de Gastroenterología, para su revisión, corrección y/o aprobación;

Que, con el Informe N°13-OGC-HNSEB-2022, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad informa que la Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Hemorragia Digestiva Alta y Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Pancreatitis Aguda del Servicio de Gastroenterología del Departamento de Medicina del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, cumplen con los criterios técnicos normativos, por lo que es conveniente implementarlas y recomienda su aprobación;

Que, mediante la Nota Informativa N°237-2022-OEPE-HNSEB la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, informa que el Equipo de Trabajo de Organización mediante el Informe N°030-2022-ETORG-OEPE-HNSEB, ha emitido opinión técnica favorable a la Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Hemorragia Digestiva Alta y Guía de Práctica

J. ZUÑIGA B

Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Pancreatitis Aguda del Servicio de Gastroenterología del Departamento de Medicina del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, los cuales cumplen con lo dispuesto en la normatividad vigente y recomienda se deriven a la Oficina de Asesoría Jurídica, para el trámite correspondiente para su aprobación;

De conformidad con el numeral 72.2 del Artículo 72° del Texto Único Ordenado de la Ley N°27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por el Decreto Supremo N°004-2019-JUS, en adelante TUO, señala que "*Toda entidad es competente para realizar las tareas materiales internas necesarias para el eficiente cumplimiento de su misión y objetivos, así como para la distribución de las atribuciones que se encuentren comprendidas dentro de su competencia*";

Estando a lo solicitado, y con las opiniones técnicas favorables de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, resulta conveniente la aprobación de la Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Hemorragia Digestiva Alta y Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Pancreatitis Aguda del Servicio de Gastroenterología del Departamento de Medicina del Hospital Nacional Sergio E. Bernales", mediante acto resolutivo, y;

En uso de las facultades conferidas en el Artículo 11° Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Sergio E. Bernales", aprobado mediante Resolución Ministerial N°795-2003-SA/DM, modificado por R.M. N° 512-2004-MINSA, R.M. N° 343-2007-MINSA y R.M. N° 142-2008; y con las visaciones del Director Adjunto de la Dirección General, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;

SE RESUELVE:

Artículo 1°. - Aprobar las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES**, que en anexo forman parte de la presente Resolución y que a continuación se detalla:

- **"GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA"**
- **"GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PANCREATITIS AGUDA"**

Artículo 2°. - Encargar al Jefe del Departamento de Medicina, la difusión, implementación, supervisión y seguimiento del instrumento de gestión aprobado en el artículo precedente, debiendo informar periódicamente a los órganos correspondientes.

Artículo 3°. - Disponer, a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución con su anexo, en el Portal Institucional del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

Regístrese, comuníquese y publíquese,

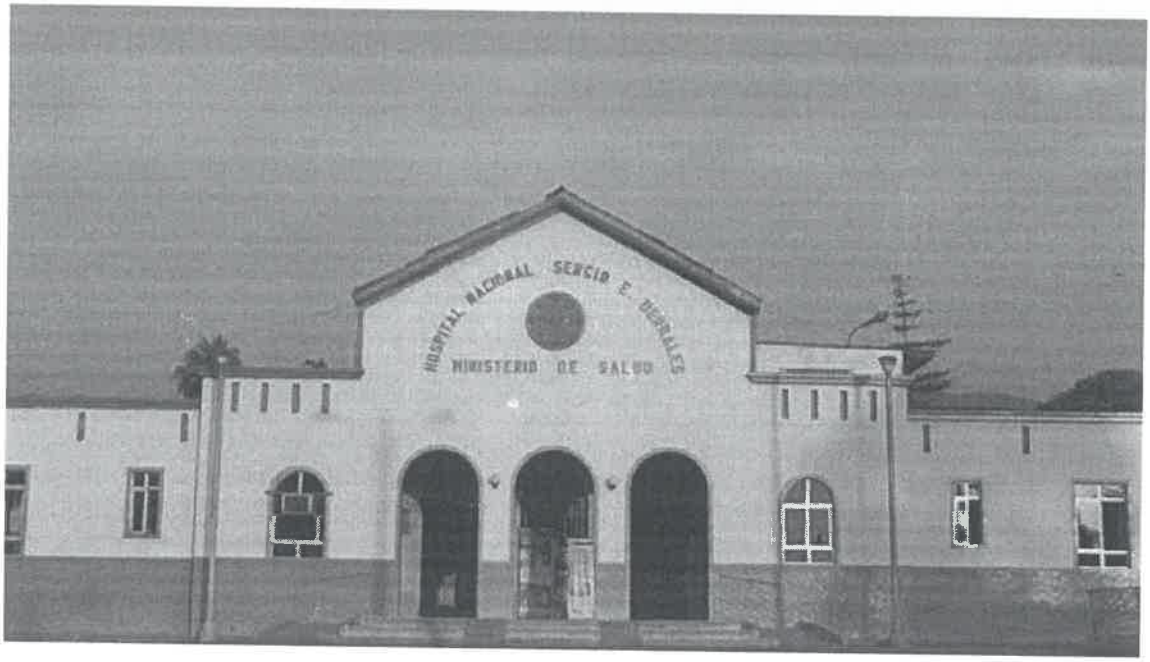
J. ZUÑIGA B

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES
Mg. ORLANDO HERRERA ALANIA
DIRECTOR GENERAL
CMP. 26426

OFHA/SAHM/LHVC/ZAVM/JZB/mse
DISTRIBUCIÓN:
( ) Dirección General
( ) Dirección Adjunta
( ) Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
( ) Oficina de Asesoría Jurídica
( ) Departamento de Medicina
( ) Oficina de Gestión de la Calidad
( ) Oficina de Comunicaciones
( ) Archivo

PERÚ | Ministerio de Salud | Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud | Hospital Nacional Sergio E. Bernales

HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES



Guía de Práctica Clínica para diagnóstico y tratamiento de Hemorragia Digestiva Alta

Servicio de Gastroenterología

Lima – Perú

2022

MINISTERIO DE SALUD DPTO. DE MEDICINA SERGIO E. BERNALES

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

Siempre con el pueblo

DIRECTOR GENERAL:

Dr. Orlando Herrera Alania

DIRECTOR ADJUNTO:

Dr. Santiago Herrera Morales

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Dr. Oscar Torres Ruiz

SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA

INTEGRANTES:

1. **Encarnación Montalvo Edwin**
2. **García Ortega Freddy**
3. **Melgar Santander Oscar**
4. **Rauch Sánchez Erick**
5. **Rodríguez Zarate Vanessa**
6. **Zapata Takahashi Susana**
7. **Bieberach Mugruza Lesly**
8. **Quiroz Chura Jorge**

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

LIMA, 2022

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Contenido

I. FINALIDAD....5
II. OBJETIVO....5
III. ÁMBITO DE APLICACIÓN....5
IV. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA 5
4.1. NOMBRE Y CÓDIGO CIE 10....5
V. CONSIDERACIONES GENERALES....6
5.1. DEFINICIÓN:....6
5.2. ETIOLOGÍA:....6
5.3. FISIOPATOLOGÍA....6
5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS....7
5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADO....7
5.5.1. MEDIO AMBIENTE....7
5.5.2. ESTILO DE VIDA....7
5.5.3. FACTORES HEREDITARIOS....7
VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS....7
6.1. CUADRO CLÍNICO....7
6.1.1. SIGNOS Y SINTOMAS....7
6.1.2. INTERACCIÓN CRONOLÓGICA....8
6.1.3. GRÁFICOS, DIAGRAMAS, FOTOGRAFÍAS....8
6.2. DIAGNÓSTICO....8
6.2.1. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO....8
6.2.2. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL....8
6.3. EXAMENES AUXILIARES....8
6.3.1. PATOLOGÍA CLÍNICA....8
6.3.2. IMÁGENES....9
6.3.3. EXÁMENES ESPECIALIZADOS COMPLEMENTARIOS....9
6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA....9
6.4.1. MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS:....9
6.4.2. TERAPÉUTICA....9

MINISTERIO DE SALUD - GESTIÓN DE LA CALIDAD - HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

MINISTERIO DE SALUD - DPTO. DE MEDICINA - HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

6.4.3. EFECTOS ADVERSOS O COLATERALES DEL TRATAMIENTO .9
6.4.4. SIGNOS DE ALARMA.....10
6.4.5. CRITERIOS DE ALTA.....10
6.4.6. PRONÓSTICO 10
6.5. COMPLICACIONES 10
6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.....10
6.7. FLUXOGRAMA.....11
VII. ANEXOS 13
VIII. BIBLIOGRAFÍA 13

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

I. FINALIDAD

Suministrar la información necesaria que permita la toma de decisiones en el manejo de pacientes con hemorragia digestiva alta (HDA) que ayude a reducir la morbilidad y mortalidad en estos pacientes.

II. OBJETIVO

a) Conocer la incidencia, causas y cuadro clínico de la Hemorragia Digestiva Alta (HDA).
b) Manejo racional, evaluación clínica, diagnóstico y tratamiento bajo parámetros estandarizados del paciente con HDA.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La guía de práctica clínica está dirigida al personal médico que participa en la atención especializada del paciente adulto con HDA en el Servicio de Gastroenterología.

IV. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

4.1. NOMBRE Y CÓDIGO CIE 10

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

- K25.0 Úlcera gástrica aguda con hemorragia.
- K25.2 Úlcera gástrica aguda con hemorragia y perforación.
- K25.4 Úlcera gástrica crónica con hemorragia.
- K25.6 Úlcera gástrica crónica o no especificada con hemorragia y perforación.
- K26.0 Úlcera duodenal aguda con hemorragia.
- K26.2 Úlcera duodenal aguda con hemorragia y perforación.
- K26.4 Úlcero. duodenal crónica o no especificada con hemorragia.
- K26.6 Úlcera duodenal crónica o no especificada con hemorragia y perforación.
- K27.0 Úlcera péptica aguda con hemorragia de sitio no especificado.
- K27.2 Úlcera péptica aguda con hemorragia y perforación de sitio no especificado.
- K27.4 Úlcera péptica crónica o no especificada con hemorragia de sitio no especificado.

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

- K27.6 Úlcera péptica crónica o no especificada con hemorragia y perforación de sitio no especificado.
- K29.0 Gastritis aguda.
- K92.0 Hematemesis.
- K92.1 Melena
- K92.2 Hemorragia gastrointestinal no especificada.
- K22.6 Síndrome de Mallory Weiss.

Lesión de Dieulafoy gastroduodenal.
Lesión gastroduodenal por cáusticos.

- I85.0 Várice esofágica sangrante.
- I86.4 várice gástrica.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIÓN:

Es una emergencia médico-quirúrgica que ocurre por la pérdida de sangre por vía oral (hematemesis) y/o rectal (melena, hematoquecia, enterorragia), cuyo origen se encuentra por encima del ángulo de Treitz.

5.2. ETIOLOGÍA:

- Enf. Acidopéptica
- Gastritis erosiva (LAMG).
- Várices esofágicas y gástricas.
- Neoplasias gastroduodenales.
- Síndrome de Mallory Weiss
- Esofagitis erosiva.

5.3. FISIOPATOLOGÍA

HDA NO VARICIAL

Son varios los mecanismos que la produce, dependiendo de la etiología que lo desencadena, entre estos no se considera el origen variceal. Se considera que el predominio de los factores agresores de la mucosa gastroduodenal sobre los factores defensivos de la misma va a desencadenar la pérdida de continuidad de la mucosa, la alteración en su vascularidad que llega a afectar y lesionar los vasos sanguíneos desencadenando su ruptura y el sangrado subsecuente.

HDA VARICIAL

Se desencadena por el incremento de la hipertensión portal o portosistémica por encima de los 10mmHg, se considera que si sobrepasa los 12mmHg se rompe la várice y se desencadena el sangrado digestivo.

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

- Se presentan 50 a 150 episodios x 100,000 habitantes/año.
- La mortalidad general: 8-10%.
- Mortalidad por causa: Ulcera gastroduodenal complicada: 4-10%
  - Várices esofágicas: 30-40%
- Mayor incidencia es en varones.
- Más frecuente en mayores de 60 años: 45%.
- En los EEUU hay cerca de 300,000 hospitalizaciones por año debidas a Hemorragia digestiva y el 75% de casos es debido a HDA.

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADO

5.5.1. MEDIO AMBIENTE

La limitación en el saneamiento, agua potable, la higiene elemental, el hacinamiento, mala alimentación hacen fácil la infección por Helicobacter pylori que es causante de la úlcera péptica y sus complicaciones.

5.5.2. ESTILO DE VIDA

El uso de fármacos como los AINES, bifosfonatos, corticoides, anticoagulantes.

Los hábitos nocivos como el alcohol y el tabaco aumentan el riesgo de HDA.

5.5.3. FACTORES HEREDITARIOS

No hay evidencias demostradas de factores hereditarios para la presentación de

Una HDA, excepto la hemofilia como factor coadyuvante.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. CUADRO CLÍNICO

6.1.1. SIGNOS Y SINTOMAS

- Hematemesis y/o melena, en algunas oportunidades hematoquecia.
- Dolor abdominal tipo ardor, náuseas, cefalea, lipotimia, hiporexia, malestar general.
- Signos de hepatopatía crónica: estigmas hepáticos, ascitis, ictericia.
- Manchas melánicas periorales.
- Masas abdominales.
- Petequias, hematomas.
- Hipotensión arterial, palidez conjuntival y de piel, taquicardia.

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

6.1.2. INTERACCIÓN CRONOLÓGICA

El orden cronológico de la presentación de los síntomas y signos es muy variable de paciente a paciente.

6.1.3. GRÁFICOS, DIAGRAMAS, FOTOGRAFÍAS

No aplica.

6.2. DIAGNÓSTICO

6.2.1. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

ANAMNESIS:

La HDA generalmente se presenta como hematemesis, melena y/o hematoquecia dependiendo del peristaltismo.
Se debe preguntar sobre el consumo de medicamentos, alcohol, enfermedades predisponentes, antecedente de HDA previas.

EXAMEN FÍSICO

Incluye las funciones vitales, examen general y sistémico que permita definir el estado general del paciente, el estado hemodinámico e incluir el Tacto rectal: Se debe realizar en todo paciente con sospecha de HDA para confirmar presencia de melena o hematoquecia.
Se puede usar una sonda nasogástrica para demostrar el sangrado digestivo si no es evidente la melena o hematemesis.

EXAMEN ENDOSCÓPICO

Se debe realizar en todo paciente con diagnóstico clínico de HDA cuando esté hemodinámicamente compensado; nos permite definir la ubicación del punto de sangrado y realizar la terapéutica endoscópica disponible para solucionar la HDA.

6.2.2. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Hemoptisis, gingivorragia, epistaxis.
- Ingesta de hierro medicamentoso, sales de bismuto, alimentos de origen animal que contengan abundantes restos hemáticos.
- Hemorragia digestiva baja.

6.3. EXAMENES AUXILIARES

6.3.1. PATOLOGÍA CLÍNICA

- Hemograma inicial seguido de Hb y Hematocrito seriado, grupo sanguíneo y Rh.
- Perfil de coagulación, glucosa, urea, creatinina.

6.3.2. IMÁGENES

- Rx de pulmones por sospecha de neumopatía aspirativa por hematemesis.

6.3.3. EXÁMENES ESPECIALIZADOS COMPLEMENTARIOS

- Gammagrafía abdominal.
- Arteriografía abdominal diagnóstica y terapéutica (embolización intravascular.

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS:

a) Confirmación de la HDA por anamnesis y examen físico.
b) Determinar la gravedad de la hemorragia.
c) Via de acceso endovenoso.
d) Estabilización hemodinámica que puede incluir el uso de hemoderivados.
e) Asegurar permeabilidad de las vías respiratorias.

6.4.2. TERAPÉUTICA

La terapéutica incluye el uso de fármacos como los Inhibidores de la Bomba de protones, fármacos vasoactivos, antibióticos y procinéticos.
El uso de la endoscopía digestiva alta terapéutica que incluye la inyectoterapia,
Electrocauterio, clips en la HDA no variceal. En la HDA variceal el uso de ligaduras Variciales o la inyectoterapia.
Si no está disponible el tratamiento endoscópico se puede usar la sonda de Sengstaken-Blakmore por hasta 48 horas.
El tratamiento quirúrgico se usará cuando las medidas previamente enunciadas no detienen la HDA.
La Radiología intervencionista terapéutica (TIP) se puede usar como una alternativa al tratamiento quirúrgico en la HDA variceal.

6.4.3. EFECTOS ADVERSOS O COLATERALES DEL TRATAMIENTO

- Sobrecarga hídrica
- Perforación por inyectoterapia o electrocauterio
- Sobrecarga hídrica.
- Reacción de hipersensibilidad transfusional.

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

6.4.4. SIGNOS DE ALARMA

- Signos de hipotensión persistente o que aparecen bruscamente.
- Aparición de Distrés respiratorio.
- Dolor abdominal intenso
- Dolor retroesternal luego de un procedimiento terapéutico.

6.4.5. CRITERIOS DE ALTA

- Estabilidad hemodinámica.
- Sin evidencia de sangrado activo.
- Riesgo de resangrado mínimo.
- Tolerancia a la dieta indicada.
- Hb mayor a 8g.

6.4.6. PRONÓSTICO

El pronóstico depende de la entidad nosológica que desencadenó la
HDA, el riesgo de resangrado y la presencia de comorbilidades.

6.5. COMPLICACIONES

- Neumonía aspirativa.
- Síndrome de Shehan en la mujer.
- En la HDA varicial cirrótica:
- Peritonitis Bacteriana espontánea.
- Síndrome hepatorenal.
- Bacteremia.
- Encefalopatía hepática

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

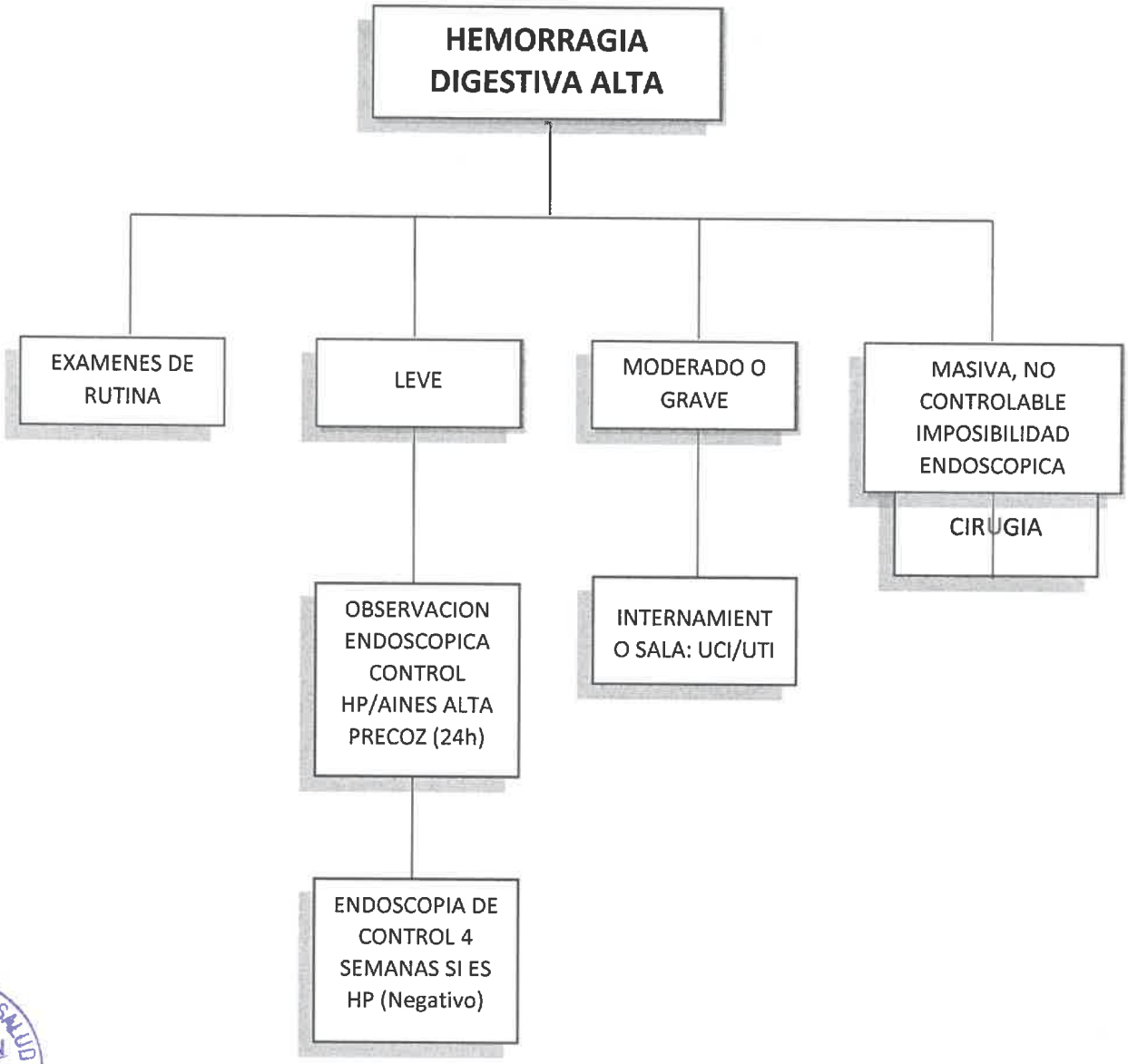
En caso no se cuente con los medios para el manejo de la HDA se debe referir el paciente a un Hospital de nivel III o IV que tenga el equipo adecuado para el manejo del paciente.
Al dar el alta de la Sala de Hospitalización al paciente se le citará para Consultorio Externo de Gastroenterología del Hospital, donde luego de su evaluación médica podrá ser contrareferido a su Centro de Salud.

MINISTERIO DE SALUD - GESTIÓN DE LA CALIDAD - HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

MINISTERIO DE SALUD - DP

6.7. FLUXOGRAMA

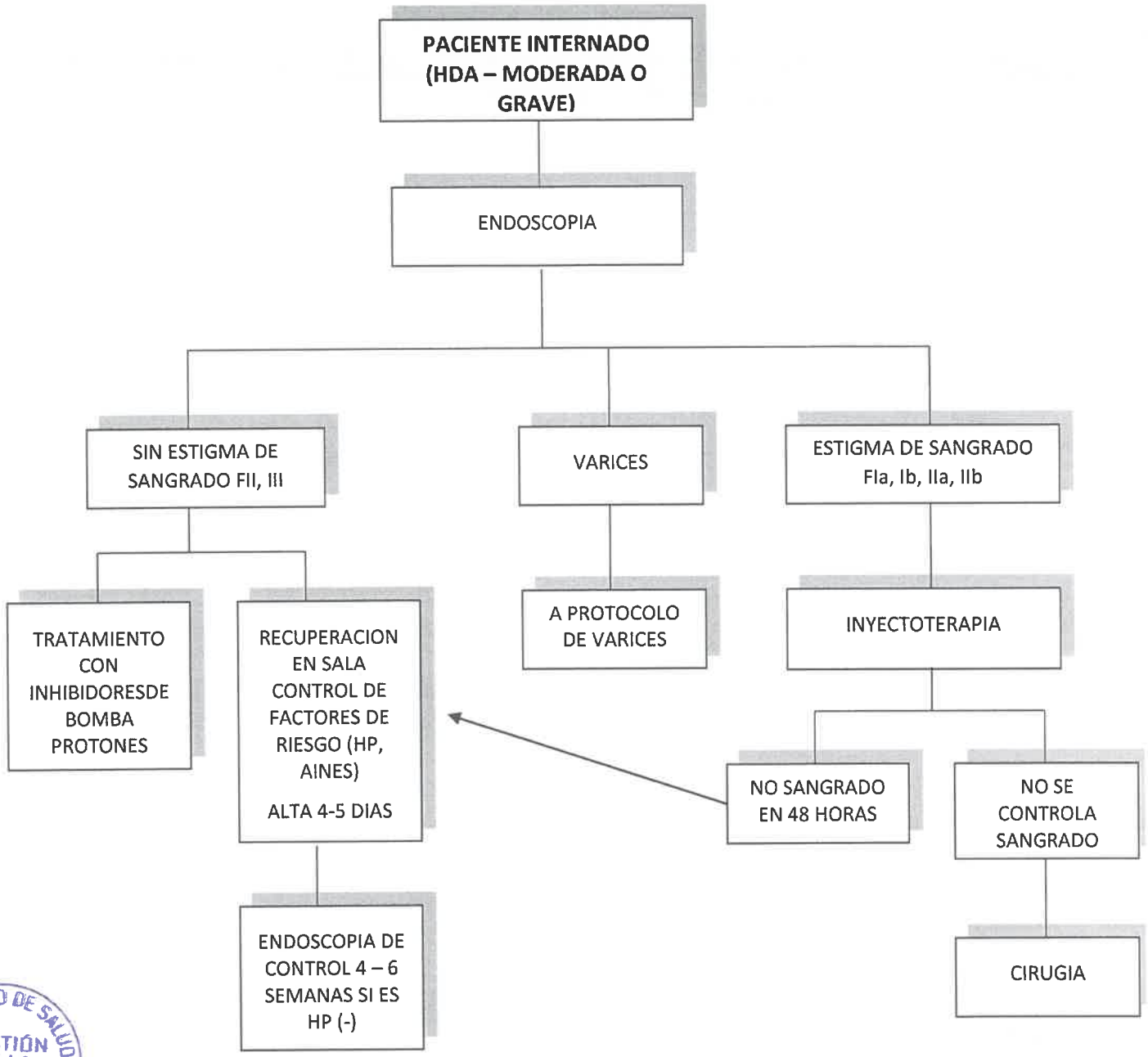
FLUXOGRAMA DE MANEJO DE H.D.A



MINISTERIO DE SALUD - GESTIÓN DE LA CALIDAD - HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

MINISTERIO DE SALUD - DPTO. DE MEDICINA - HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

FLUXOGRAMA DE MANEJO DE H.D.A EN PACIENTE HOSPITALIZADO



MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

VII. ANEXOS

No aplica.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

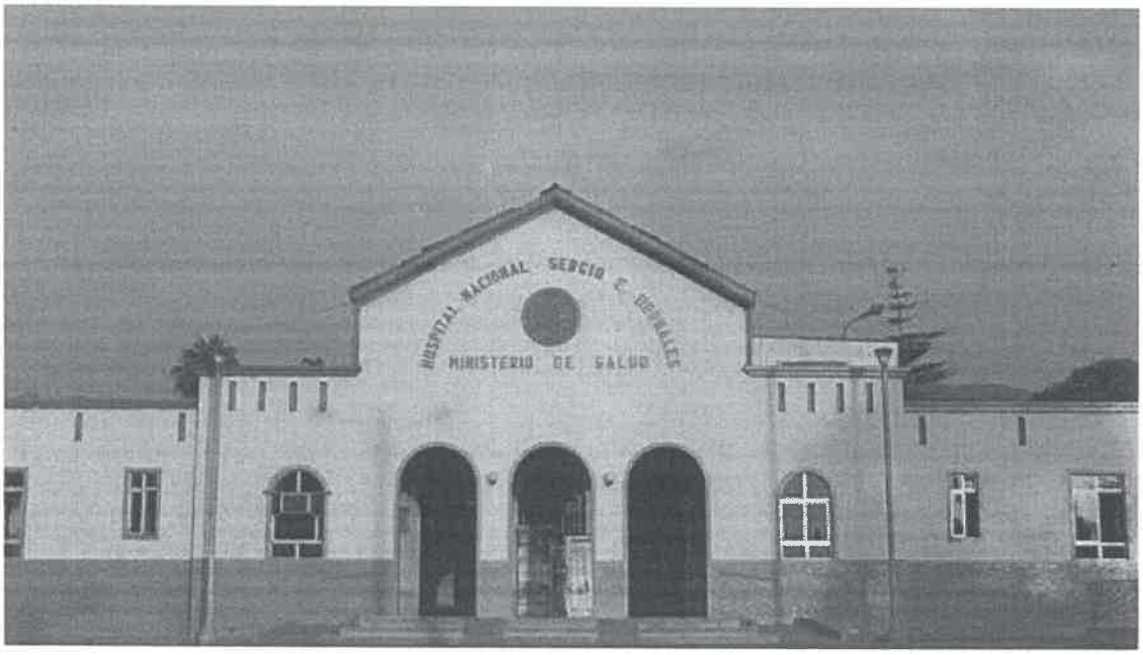
1) Van Leerdam M. Epidemiology of acute upper gastrointestinal bleeding. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology. 2008;22(2):209-24.
2) Moitinho E, Escorsell À, Bandi JC, Salmerón JM, García–Pagán JC, Rodés J, et al. Prognostic value of early measurements of portal pressure in acute variceal bleeding. Gastroenterology. 1999;117(3):626-31
3) Narváez-Rivera R, Cortez-Hernández C, González-González J, Tamayo-de la Cuesta J, Zamarripa-Dorsey F, Torre-Delgadillo A, et al. Consenso Mexicano de Hipertensión Portal. Revista de Gastroenterología de México. 2013;78(2):92-113.
4) Gralnek IM, Dumonceau J-M, Kuipers EJ, Lanas A, Sanders DS, Kurien M, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy. 2015;47(10):a1-a46.
5) Hwang JH, Shergill AK, Acosta RD, Chandrasekhara V, Chathadi KV, Decker GA, et al. The role of endoscopy in the management of variceal hemorrhage. Gastrointestinal endoscopy. 2014;80(2):221-7.
6) Loperfido S, Baldo V, Piovesana E, Bellina L, Rossi K, Groppo M, et al. Changing trends in acute upper-GI bleeding: a population-based study. Gastrointestinal endoscopy. 2009;70(2):212-24.
7) Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, Northfield TC. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhge. Gut 1996; 38: 316-21.
8) Drossman DA, Manual of Gastroenterologic Procedures, Second Edicition, Raven Press 1987.

MINISTERIO DE SALUD - GESTIÓN DE LA CALIDAD - HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

MINISTERIO DE SALUD - DPTO. DE MEDICINA - HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

PERÚ | Ministerio de Salud | Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud | Hospital Nacional Sergio E. Bernales

HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PANCREATITIS AGUDA

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

Servicio de Gastroenterología

Lima – Perú

2022

MINISTERIO DE SALUD
DPTO. DE MEDICINA
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

Siempre con el pueblo

DIRECTOR GENERAL:

Dr. Orlando Herrera Alania

DIRECTOR ADJUNTO:

Dr. Santiago Herrera Morales

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Dr. Oscar Torres Ruiz

SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA

INTEGRANTES:

1. Encarnación Montalvo Edwin
2. García Ortega Freddy
3. Melgar Santander Oscar
4. Rauch Sánchez Erick
5. Rodríguez Zarate Vanessa
6. Zapata Takahashi Susana
7. Bieberach Mugruza Lesly
8. Quiroz Chura Jorge

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PANCREATITIS AGUDA

LIMA, 2022

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PANCREATITIS AGUDA

Contenido

I. FINALIDAD :.....5
II. OBJETIVO :.....5
III. AMBITO DE APLICACIÓN:.....5
IV. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PANCREATITIS AGUDA 5
4.1 NOMBRE Y CODIGO CIE 10 5
V. CONSIDERACIONES GENERALES 5
5.1 DEFINICIÓN 5
5.2 ETIOLOGIA 5
5.3 FISIOPATOLOGIA:.....6
5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS 7
5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS 7
5.5.1 MEDIO AMBIENTE 7
5.5.2 ESTILO DE VIDA 7
5.5.3 FACTORES HEREDITARIOS 7
VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS 7
6.1 CUADRO CLINICO.....7
6.1.1 SIGNOS Y SINTOMAS 7
6.1.2 INTERACCIÓN CRONOLÓGICA.....8
6.1.3 GRÁFICOS, DIAGRAMAS O FOTOGRAFÍAS.....8
6.2 DIAGNOSTICO.....8
6.2.1 CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO:.....8
6.2.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....8
6.3 EXÁMENES AUXILIARES.....9
6.3.1 DE PATOLOGÍA CLÍNICA: 9
6.3.2 DE IMÁGENES 9

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

6.3.3 DE EXÁMENES ESPECIALIZADOS COMPLEMENTARIOS: 11

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA.....12

6.4.1 MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS.....12

6.4.2 TERAPÉUTICA.....12

6.4.3 EFECTOS ADVERSOS O COLATERALES DEL TRATAMIENTO Y SU MANEJO 13

6.4.4 SIGNOS DE ALARMA.....13

6.4.5 CRITERIOS DE ALTA.....14

6.4.6 PRONÓSTICO 14

6.5 COMPLICACIONES 14

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.....15

6.7 FLUXOGRAMA.....16

VII. ANEXOS 17

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:.....21

MINISTERIO DE SALUD GESTION DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

MINISTERIO DE SALUD DPTO. DE MEDICINA HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PANCREATITIS AGUDA

I. FINALIDAD :

Orientar y regular la metodología a seguir por los profesionales de la salud al efectuar la atención asistencial de los pacientes que presenten cuadro clínico de Pancreatitis Aguda.

II. OBJETIVO :

- Estandarizar criterios de diagnóstico
- Establecer pautas de manejo
- Reducir la estancia hospitalaria
- Disminuir la morbimortalidad por pancreatitis aguda

III. AMBITO DE APLICACIÓN:

Áreas de atención de pacientes con Pancreatitis Aguda, procedentes de Emergencia, procedentes de UCI y referidos de establecimientos de salud de menor nivel de complejidad, a cargo de los médicos especialistas del Departamento de Medicina.

IV. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PANCREATITIS AGUDA

4.1 NOMBRE Y CODIGO CIE 10

- PANCREATITIS AGUDA CIE-10: K 85

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIÓN

Según el Consenso de la Sociedad de Gastroenterología en Atlanta 1992 se define como un proceso inflamatorio agudo del páncreas, que puede también afectar de forma variable tanto a tejidos peri pancreáticos y/o a otros sistemas u órganos.

5.2 ETIOLOGIA

- Litiasis Biliar: 80-90%
- Alcohol : 15%
- Idiopáticas : 10-15% (2/3 microlitiasis, barro biliar)
- Múltiples Causas : 5%

Infecciosas

- Virus: Parotiditis, Coxsackie, CMV, HVA, HVB.
- Bacterias: Micoplasma, Legionella, TBC, Salmonella
- Parasitarias: Ascariasis.
- SIDA: Cryptococcus, Toxoplasma, Mycobacterium Avium, Cryptosporidium.

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

Metabólico

- Hipertrigliceridemia, Hiperlipoproteinemia, Insuficiencia renal, Hígado grado del Embarazo, Hipercalcemia, Hiperparatiroidismo.

Medicamentos

- Hipersensibilidad: 1 mes: Azatioprina, Metronidazol, Aminosalicilatos.
- Semanas – meses: pentamidina, ácido valproico, inhibidores de la proteasa (VIH), corticoides, furosemida Sobredosis: acetaminofen.

Anatómicas

- Divertículo Duodenal o periampullar, coledocele, estenosis pancreáticas o ampollares, páncreas divisum, tumor de ampolla y del páncreas, disfunción del esfínter de ODDI.

Vasculitis: LES, Esclerodermia, PAN.

Hereditaria: Aguda recidivante (Autonómica Dominante), pancreatitis crónica (calcificaciones 60%), fibrosis quística.

Trauma: Post – PCRE, Post –quirúrgicas.

5.3 FISIOPATOLOGIA:

La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio que se inicia por la activación intra-acinar de enzimas pancreáticas proteolíticas que tiene como resultado la autodigestión del páncreas, todo ello es regulado por la liberación de citoquinas, interleuquinas, factor de necrosis tumoral alfa, entre otros mediadores inflamatorios, intrapancreáticos y extrapancreáticas que generalmente desencadenan un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS).

Existen 2 fases: temprana y tardía. La primera, usualmente abarca la primera semana de enfermedad, el cual está marcada por la respuesta sistémica del paciente a la cascada de inflamación pancreática, que se manifiesta clínicamente como el SIRS. Cuando esta respuesta es persistente hay riesgo elevado de presentar una falla orgánica en etapa temprana. Sin embargo, la mayoría de pacientes no presenta SIRS persistente y se recuperan sin pasar a la segunda fase. La fase tardía se caracteriza por la persistencia de signos de inflamación o por la presencia de complicaciones locales, generalmente no ocurre en pacientes con pancreatitis leve.

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

DPTO. DE MEDICINA HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Los registros nacionales sobre la frecuencia de la pancreatitis aguda son escasos, siendo la mayoría estudios en determinados hospitales, que impiden llegar a concluir la real frecuencia de esta entidad en nuestro país. Sin embargo, Cedrón el col(9) , realizaron un estudio acerca de pancreatitis aguda en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en 2004 donde encontraron que 10% del total de interconsultas pertenecían a pacientes con pancreatitis aguda.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Son los considerados como listado de etiologías de la pancreatitis.

5.5.1 MEDIO AMBIENTE

Se considera aquellos factores como consecuencia de procesos infecciosos o neoplásicos como:

- Virus Coxsackie
- Paperas
- Parasitarias (áscaris)
- Cáncer de páncreas
- Cáncer periampular

5.5.2 ESTILO DE VIDA

Los factores de riesgo asociados a los estilos de vida se considera el alcoholismo crónico, obesidad y síndrome metabólico, estos últimos guardan relación con la etiología biliar e hipertrigliceridemia. Se debe tomar en cuenta además el uso de fármacos utilizados por el paciente.

5.5.3 FACTORES HEREDITARIOS

Se incluyen anomalías congénitas:

- Páncreas divisum
- Disfunción del esfínter de Oddi
- Páncreas anular
- Déficit de alfa 1 antitripsina

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 CUADRO CLINICO

6.1.1 SIGNOS Y SINTOMAS

Cursa con dolor abdominal agudo de pocas horas de evolución en el hemiabdomen superior con irradiación a zona lumbar; muchas veces en forma de "cinturón", asociado a náuseas y vómitos con disminución de los

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

ruidos hidroaéreos. En ocasiones se presenta con reacción peritoneal. A su vez, puede presentar el Signo de Cullen y el Signo de Grey Turner.

6.1.2 INTERACCIÓN CRONOLÓGICA

En su mayoría los pacientes presentan una sintomatología aguda (menor de 24 horas) intensa y persistente a pesar de terapia analgesia, el cual va en aumento con el pasar de las horas.

6.1.3 GRÁFICOS, DIAGRAMAS O FOTOGRAFÍAS

No aplica

6.2 DIAGNOSTICO

6.2.1 CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico de pancreatitis aguda está establecido por la presencia de al menos 2 de estas 3 condiciones:

- Dolor abdominal intenso de inicio súbito localizado en el epigastrio y a menudo irradiado a la espalda.
- Amilasa y/o lipasa sérica 3 veces por encima del límite superior al valor normal.
- Hallazgos característicos de pancreatitis aguda en pruebas de imagen.

Normalmente en la tomografía computarizada con contraste y/o resonancia magnética (RM) son reservados para pacientes con diagnóstico incierto o quienes presentan deterioro clínico en las primera 48 a 72 horas del ingreso al hospital.

6.2.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

HIPERAMILASEMIA:

- Patología pancreática: pancreatitis crónica, cáncer de páncreas
- Patología tracto gastrointestinal: úlcera péptica, gastritis, duodenitis, perforación de estómago e intestino, isquemia o infarto mesentérico, obstrucción íleo-intestinal, cáncer gástrico, peritonitis.
- Patología hepatobiliar: obstrucción del colédoco, colecistitis, colangitis, hepatitis, coledocolitiasis, cirrosis.
- Cáncer de mama y próstata.
- Patología de ovario o de trompa de Falopio.
- Acidosis metabólica. Distress respiratorio.
- Administración de opiáceos

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

MINISTERIO DE SALUD DPTO. DE MEDICINA SERGIO E. BERNALES

- Adenitis salival, parotiditis.
- Neumonía y tumor pulmonar.
- Insuficiencia renal, alcoholismo.
- Anorexia nerviosa, bulimia, aneurisma disecante de aorta.

HIPERLIPASEMIA:

- Ictericia obstructiva extrahepática.
- Pancreatitis crónica y neoplasia maligna de páncreas.
- Diabetes mellitus.
- Insuficiencia Renal
- Hipercalcemia, Hipertrigliceridemia.
- Cirrosis Hepática.
- Gastroenteritis.

6.3 EXÁMENES AUXILIARES

6.3.1 DE PATOLOGÍA CLÍNICA:

- Perfil hepático: descartar coledocolitaiasis
- Calcio sérico: hipercalcemia
- Glucosa: cetoacidosis diabética
- Perfil lipídico: hipertrigliceridemia (triglicéridos mayor a 1000mg/dl)

6.3.2 DE IMÁGENES

- Rx tórax: derrame pleural, SDRA
- Rx Abdomen: enfisema subcutáneo, asa centinela, borramiento del psoas,Íleo difuso.
- Ecografía: tamaño Páncreas: cabeza 3.5 -4cm., cuerpo 3.5-2.5cm, cola 1.5-2.5cm en 62% de ayuda; 40% no se logra ver el páncreas porinterposición de gas; ayuda en origen biliar y seguimiento decomplicaciones.
- Endoscopia: edema, necrosis y complicaciones, coledocolitiasis.
- Tomografía Axial computarizada de abdomen contrastada: ayuda a excluir otros diagnósticos, determina severidad, identifica complicaciones, es el gold estándar para la confirmación y estadiaje de pancreatitis aguda.

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

INDICACIÓN DE TAC:

- Cuadro clínico dudoso + enzimas elevadas o cuadro clínico sospechoso + enzimas negativas
- Sospecha de pancreatitis aguda grave por predictores.
- Insuficiencia orgánica múltiple.
- Falta de mejoría clínica
- Sospecha de necrosis infectada: T> 38° C; dolor progresivo intenso,leucocitosis, taquicardia, hipotensión.

RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR (RMN)

- La RMN con gadolinio tiene reportes de ser equivalente a la TAC con contraste
- Gadolinio se puede usar en pacientes con insuficiencia renal aunque la experiencia es limitada y es difícil de realizar en pacientes críticamente enfermos.

CLASIFICACION DE PANCREATITIS AGUDA

Se le clasifica en tres grupos:

a) Pancreatitis aguda leve.
b) Pancreatitis aguda moderadamente severa.
c) Pancreatitis aguda severa.

Esta clasificación está basado si hay presencia de falla orgánica transitorio (menor de 48 horas) o persistente y además si hay presencia de complicaciones locales o sistémicas (anexo 1)

DEFINICIÓN DE FALLA DE ÓRGANOS ;

Para definir falla de órganos en pancreatitis aguda debe haber compromiso cardiovascular, respiratorio o renal. Un score de 2 o más en la clasificación modificada de Marshall, define falla orgánica .(anexo 2)

PREDICTORES DE SEVERIDAD:

- La evaluación clínica, a las 48 horas, puede tener una exactitud del 89%.
- La obesidad es un factor de riesgo independiente de la severidad de la pancreatitis aguda. La equimosis del flanco (signo de Gray-Turner), o la equimosis peri umbilical (signo de Cullen), indican severidad de la pancreatitis aguda.
- Disfunción de los órganos, tal como el shock, la insuficiencia pulmonar, la falla renal, y la

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

MINISTERIO DE SALUD DPTO. DE MEDICINA HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

necrosis pancreática definen también la severidad de la pancreatitis.

- Se evalúan criterios según:
  - **CRITERIOS DE BISAP**
    Es un nuevo score que utiliza cinco criterios para definir severidad con una alta sensibilidad y especificidad, mas de 2 puntos indican severidad.(anexo 3)
  - **CRITERIOS DE APACHE II** (1985)
    La evaluación de la fisiología aguda y la salud crónica, basada en 12 parámetros fisiológicos, la edad, la historia de insuficiencia de órgano o sistema. Estos criterios pueden ser evaluados en la admisión del paciente como también diariamente. **(Anexo 4)**
  - **EL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE ATLANTA**
    Definió la pancreatitis severa cuando se tienen 3 o más de los criterios de Ranson, o un puntaje de 8 o más del sistema de APACHE II.
  - **HEMOCONCENTRACIÓN:**
    La pérdida de líquido en el tercer espacio se pone en evidencia cuando el hematocrito es > 47% o hay oliguria, uremia, taquicardia o una mínima hipotensión; reportes sugieren que la hemoconcentración es un marcador temprano de insuficiencia orgánica y de pancreatitis aguda severa.
  - **Otros predictores de severidad:** Niveles de la proteína C reactiva > 150mg/L a las 48 horas con sensibilidad de 80% y especificidad de 76% para pancreatitis severa a las 48 horas, sirve para seguimiento.

6.3.3 DE EXÁMENES ESPECIALIZADOS COMPLEMENTARIOS:

Entre estos se incluyen estudios para determinar etiología o terapia en caso de:

- Colangitis aguda asociada, así tenemos:
  - Ultrasonografía endoscópica
  - Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

MINISTERIO DE SALUD DPTO. DE MEDICINA SERGIO BERNALES

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS

HIDRATACIÓN

La resucitación con fluídos es crucial en la prevención de complicaciones sistémicas ya es conocido que la hidratación adecuada se basa en la necesidad de resolver la hipovolemia que ocurre secundario a los vómitos, reducción del consumo oral, presencia de tercer espacio, pérdidas en la respiración y diaforesis. Hay evidencia que la resucitación con fluidos pueden asociarse con la resolución de la falla de órgano y una temprana resolución de la falla de órgano se asocia con muy baja mortalidad.

Las consecuencias de la hipovolemia son hipoperfusión y necrosis pancreática, y también translocación bacteriana, que a su vez estimula la respuesta inflamatoria sistémica, que genera riesgo de infección del tejido pancreático necr6tico, Por tanto, es imprescindible asegurar que todos los pacientes con pancreatitis aguda reciban un adecuado soporte de fluídos hasta que el daño de órgano ha sido superado.

6.4.2 TERAPÉUTICA

ANALGESIA

El síntoma predominante en los pacientes con pancreatitis aguda es el dolor abdominal, por lo tanto la analgesia es fundamental en su terapia. Los fármacos deben elegirse en función de la intensidad del dolor, desde los analgésicos no opiáceos, hasta los opiáceos por lo que se indicará analgesia escalonada.

NUTRICIÓN ENTERAL

En los últimos años se ha determinado la importancia de la nutrición en pancreatitis aguda, es por ello que se recomienda uso precoz de la nutrición enteral y se prefiere a esta sobre la nutrición parenteral, ya que se han realizado estudios clínicos y experimentales que demuestran que mantener al paciente sin alimentación genera atrofia de la mucosa intestinal e incrementa las complicaciones infecciosas por el aumento de la permeabilidad de la mucosa que tendrá como punto final la translocación bacteriana producida a este nivel. En los pacientes con pancreatitis aguda leve,

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

MINISTERIO DE SALUD DPTO. DE MEDICINA HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

el inicio de la dieta debiera de realizarse tan pronto el paciente no presente nauseas o vómitos, presente disminución del dolor abdominal y mejora de los marcadores inflamatorios.

COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE)

La CPRE de Emergencia está indicada en pacientes con pancreatitis aguda biliar y signos de colangitis, la cual debería ser realizada en las primeras 24 horas de ingreso.

MEDIDAS ESPECÍFICAS:

Pancreatitis severa:

- Manejo en UCI.
- Antibiótico profiláctico: Necrosis > 30% del órgano imipenem 500mg c/8 EV

Sospecha de Necrosis Pancreática Infectada:

- TAC Abdominal con contraste: gas en zona pancreática (sospecha)
- Repetir tomografía + aspiración por aguja fina, si se confirma entonces manejo quirúrgico y/o drenaje por radiología intervencionista.

Manejo quirúrgico

- Frente a una pancreatitis necrotizante, en ausencia de mejoría clínica con el tratamiento médico con evidencia de falla orgánica debe realizarse una punción y cultivo para buscar evidencia de infección. Si esta se halla la indicación es quirúrgica.

6.4.3 EFECTOS ADVERSOS O COLATERALES DEL TRATAMIENTO Y SU MANEJO

Entre los efectos adversos asociados al tratamiento en Pancreatitis Aguda, se considera la congestión pulmonar en pacientes con patología cardiaca o renal asociada o en el grupo de los adultos mayores debido a la hidratación agresiva que reciben sin tomar en cuenta estos factores llevando al deterioro del paciente.

6.4.4 SIGNOS DE ALARMA

Según los Criterios de Atlanta, se considera severidad cuando se presenta falla orgánica persistente (más de 48 horas). Sin embargo, existe un grupo de pacientes que pueden presentar falla orgánica transitoria y que tiene buen pronóstico. Además, hay otro grupo que presenta complicaciones locales como colecciones agudas, necrosis y que si bien tienen una

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

recuperación lenta y prolongada, no hacen falla de órganos.
Dentro de las complicaciones locales se describen: colecciones peripancrepaticas, pseudoquiste pancreático, colección necrótica aguda, necrosis pancreática organizada, etc.
Además se han desarrollado diversos scores predictores de severidad entre ellos: APACHE, RANSON, etc. Un cuadro de pancreatitis aguda con valores de APACHE mayor o igual a 8 y RANSON mayor o igual a 3 puntos son considerados como "severos" y debe de ser evaluado por la UCI.

6.4.5 CRITERIOS DE ALTA

- Adecuada tolerancia oral con inicio de dieta.
- Ausencia de dolor sin analgesia.
- Presencia de ruidos hidroaereos y eliminación de flatos

6.4.6 PRONÓSTICO

- Más del 80% de los cuadros de pancreatitis agudas son leves.
- La pancreatitis aguda asociada a fallo de órgano persistente en cualquier momento de su evolución presenta mortalidad entre 20-50%.
- La necrosis pancreática infectada ocurre en un 35% de los casos.

6.5 COMPLICACIONES

COMPLICACIONES LOCALES:

- Colecciones de líquido.
- Abscesos pancreáticos.
- Pseudoquistes pancreáticos.
- Necrosis pancreática.
- Ictericia obstructiva.
- Ascitis pancreática.

COMPLICACIONES SISTÉMICAS:

- Pulmonares: derrame pleural, atelectasia, neumonía, absceso mediastinal, hipoxemia, SDRA.
- Cardiovascular: derrame pericárdico, cambios EKG, tromboflebitis
- SNC: psicosis y embolia grasa.
- Necrosis grasa: nódulos eritematosos, hueso, pleura, mediastino, sistema nervioso.

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

MINISTERIO DE SALUD DPTO. DE MEDICINA SERGIO E. BERNALES

- Hemorragia digestiva: úlcera péptica, hemobilia, pancreatitis necro hemorrágica, várices, trombosis vena porta.
- Renal: oliguria, azoemia, trombosis vena renal.
- Metabólico: Hiperglicemia, Hipocalcemia, Hiperlipidemia.
- Hematológico: CID.

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA:

- Pancreatitis aguda severa con menos de 72h con coledocolitiasis y/o colangitis y necesidad de drenaje por PCRE.
- En situaciones de pseudoquiste con compresión extrínseca de órganos y alteración de la fisiología con necesidad de drenaje endoscópico.
- Necesidad de diálisis.
- En caso de pancreatitis aguda severa con necesidad de unidad de radiología intervencionista para punción y/o drenaje de abscesos o diagnóstico de necrosis infectada.

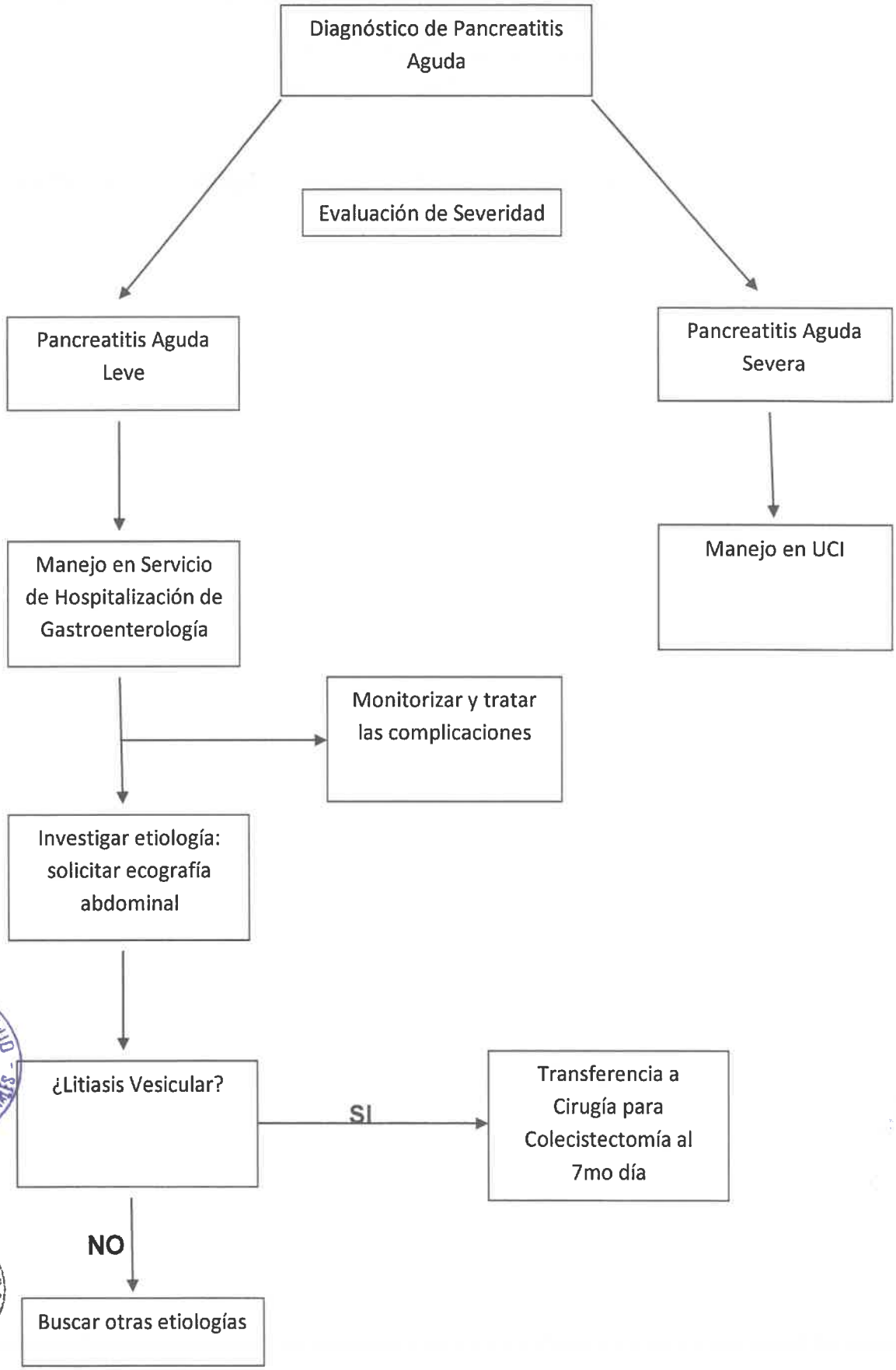
CONTRARREFERENCIA:

- Solucionado el caso de referencia se puede contrarreferir.

MINISTERIO DE SALUD - GESTIÓN DE LA CALIDAD - HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

MINISTERIO DE SALUD - DPTO. DE MEDICINA - HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

6.7 FLUXOGRAMA



MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

VII. ANEXOS

ANEXO 1:

Tabla 1. Grados de severidad de pancreatitis aguda.

PANCREATITIS LEVE

- No hay falla de órganos
- No hay complicaciones sistémicas o locales

PANCREATITIS MODERADAMENTE SEVERA

- Presenta falla de órganos que se resuelve en menos de 48 horas
- Presenta complicaciones locales o sistémicas

PANCREATITIS SEVERA

- Presenta falla de órganos persistente
  - Falla de un órgano
  - Falla multiorgánica

ANEXO 2:

Tabla 2. Score de Marshall para falla de órganos.

SCORE	0	1	2	3	4
RESPIRATORIO (PaO_2/FiO_2)	>400	301-400	201-300	101-200	<101
RENAL (Creatinina sérica)	<1.4	1,4 - 1,8	1,9 – 3,6	3.6 – 4.9	>4,9
CARDIOVASCULAR (Presión arterial sistólica en mm Hg)	> 90	< 90 Responde a fluidos	< 90 no responde a fluidos	< 90 pH < 7.3	< 90 pH < 7.2

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

ANEXO 3:

Tabla 3. Score BISAP.

SCORE	PUNTAJE
Urea > 25 mg/dl	1
Alteración del estado mental	1
Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS)	1
Edad > 60 años	1
Presencia de efusión pleural	1
Se considera a un paciente con pancreatitis severa si tiene un score BISAP > 2	

ANEXO 4:

TABLA 4: APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II)

Variable fisiológica	Rango anormal elevado					Rango anormal bajo			
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
Temperatura rectal (ºC)	>=41	39-40,9		38,5-38,9	36-38,4	34-35,9	32-33,9	30-31,9	<=29.9
Presión arterial media mmHg	>=160	130-159	110-129		70-109		50-69		<=49
Frecuencia cardiaca (respt. ventric)	>=180	140-179	110-139		70-109		55-69	40-54	<=39
Frecuencia respiratoria c/s ventilación	>50	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		<5
Oxigenación A-aDO2 o PAO2 mm Hg a. FIO2 >=0,5 registrar A-aDO2	>=500	350-499	200-349		<200				
b. FIO2 < 0,5 registrar solo PAO2					PO2 >70	PO2 61-70		PO2 55-60	PO2 <5
pH arterial	>=7,7	7,6-7,69		7,57,59	7,33-7,49		7,25-7,32	7,15-7,24	<7,15
Sodio en suero mmol/L	>=180	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	<=110
Potasio en suero mmol/L	>=7	6-6,9		5,5-5,9	3,5-5,4	3-3,4	2,5-2,9		<2,5
Creatinina en suero mg/100 ml, doble puntuación para insuficiencia renal aguda	>=3.5	2-3,4	1,5-1,9		0,6-1,4		<0,6		
hematocrito	>=60		59-59,9	46-49,9	30-45,9		20-29,9		<20
Leucocitos total/mm3 en miles	>=40		20-39,9	15-19,9	3-14,9		1-2,9		<1
Escala de coma de Glasgow (GCS):									

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

MINISTERIO DE SALUD DEPARTAMENTO DE MEDICINA SERGIO BERNALES

valor=15 menos GCS real0									
A. Valor fisiológico agudo total (APS): suma de los 12 puntos variables individuales									
HCO3 sérico venoso mmol/L (no se prefiere use si no hay GSA	*>=52*	*41-51,9*		*32-40,9*	*22-31,9*		*18-21,9*	*15-17,9*	*<15*

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

MINISTERIO DE SALUD DEPARTAMENTO DE MEDICINA HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

a) AGA Institute Technical Review on Acute Pancreatitis, Gastroenterology 2007;132:2022–2044

b) Balthazar EJ. CT Diagnosis and Stating of Agude Pancreatitis. Radiol. Clin. North. Am. 1989; 27: 19.

c) Barreda L, Targarona J et. al. Protocolo para el manejo de la pancreatitis aguda grave con necrosis. Rev. Gastroenterol Perú 2005; 25: 168-175.

d) Berger J. et. al. Pancreatitis Aguda. Rev. Gastroenterol. Perú suplemento especial 2005 pp 122-134.

e) Felderbauer P. Et. al. Phatophysiology and Treatment of Acute Pancreatitis: A New Therapeutics Targets- a ray of hope?. Basic and Clin. Pharmacol and Toxicology 2005; 97: 342-350.

f) Georgios I. Papachristou, MD, et al Gastroenterol Clin N Am 2004; 33: 871-890 Predictores de Severidad y Necrosis en la Pancreatitis Aguda.

g) Gurusamy, Farouf and Tweedie.Gut 2005; 54: 1344-45

h) J. Touli, M. et al. Journal of Gastroenterology and Hepatology. Vol. 17. Suplemento. Febrero 2000.

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

MINISTERIO DE SALUD DPTO.