

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICOSA (HDANV) DE BAJO RIESGO (ESCALA DE BLATCHFORD: 1 punto) EN EL AREA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS EN HOSPITAL GENERAL UNIVERISTARIO DE ALICANTE. 2011.

SERVICIO DE URGENCIAS, DIGESTIVO Y ENDOSCOPIAS.

INTRODUCCIÓN

Existe un subgrupo de pacientes con HDANV que no presentan riesgos clinicos significativos en su evolución y que pueden ser tratados en el area de Observacion de Urgencias.

ACTUACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS:

1.- VALORACIÓN

• 1.1.- Antecedentes personales:

- Alergias
- Medicación: AINES, antiagregantes y anticoagulantes orales
- Consumo de gastrolesivos
- Habitos tóxicos

•Comorbilidad:

- Hepatopatía crónica o aguda
- Insuficiencia cardiaca
- Cardiopatía isquémica
- Insuficiencia renal crónica
- Cancer metastásico
- Otros comorbilidades : anotar en historia clínica

•1.2.- Exploración física:

- Constantes: Presión Arterial (PA), Frecuencia cardiaca (Fc)
- Exploración física general.
- Tacto rectal: comporbar melenas
- Valorar signos de hepatopatía y de Insuficiencia cardiaca
- Sonda nasogastrica: Si inestabilidad hemodinamica ($TA \leq 100$ mm Hg o $Fc \geq 100$ lpm) o hematemesis.

•1.3.- Exploraciones complementarias:

- Hemograma
- Bioquímica: Glucosa, Urea, Creatinina , Na, K, GOT, GPT
- Coagulación
- Electrocardiograma
- Radiografía de Tórax y simple de Abdomen

2.- CRITERIOS DE SELECCION DE PACIENTES DE HDANV DE BAJO RIESGO PARA SU MANEJO EN EL AREA DE OBSERVACION DE URGENCIAS

DEBE DE CUMPLIR OBLIGATORIAMENTE EL PUNTO 2.1, 2.2 y EL 2.3

2.1.- ESCALA DE BLATCHFORD: Debe cumplir todos los criterios:

- 1.- Urea < 39,4 mg/dl
- 2.- Hemoglobina:
 - ≥ 13 gr/dl en hombres
 - ≥ 12 gr/dl en mujeres
- 3.- Presion arterial sistolica ≥ 110 mm Hg
- 4.- Frecuencia cardiaca < 100 latidos/min
- 5.- Ausencia de sincope, insuficiencia cardiaca¹ o hepatopatia²
- 6.- Presencia de melenas (comprobadas el el servicio de urgencias)

¹ Insuficiencia cardiaca: historia previa o hallazgos clínicos o ecocardiografia compatible

² Hepatopatía: historia previa o hallazgos clínicos o de laboratorio de hepatopatía crónica o aguda

2.2.- Ausencia de anticoagulación:

- Los pacientes anticoagulados ingresarán en la Unidad de Sangrantes o Unidad Hepática independientemente de la puntuación de la escala de Blachford.
- Los pacientes antiagregados con escala de Blatchford 0 ó 1 punto (melenas) ingresarán en Observación de UCE.

2.3.- El paciente debe ser valorado por un médico adjunto de urgencias y así constará en la historia de ingreso en Observación de UCE en el apartado de procedimientos (nombre y apellidos) .

3.- TRAS IDENTIFICAR AL PACIENTE y CUMPLIENDO TODOS LOS CRITERIOS DE INCLUSION

1.- Se solicitará hoja de ingreso para: Observacion- UCE

2.- Historia clínica informatizada del servicio de urgencias (correctamente cumplimentada con los datos anteriormente citados y correctamente finalizada y firmada), exploraciones complementarias, hoja de enfermería de urgencias y todos aquellos documentos relacionados con el paciente o el proceso que crean pertinente los médicos y la enfermería de urgencias.

3.- Solicitar Endoscopia digestiva alta urgente

Diagnóstico: Sospecha de hemorragia digestiva no varicosa. Escala de Batchford: 1 punto (melenas)

4.- Según el periodo de atención del paciente , actuar de esta forma:

4.1.- Si el paciente acude tarde o noche:dejar solicitud de endoscopia dentro de la historia clínica del paciente

4.2.- Si el paciente acude por la mañana entre las 8 y 15 horas: el médico responsable le dará la solicitud de endoscopia a la coordinadora de urgencias para que la envíe de forma urgente y se asegure de su recepción

5.- La coordinadora del servicio de Urgencias se asegurará del envío y recepción de dicha petición de endoscopia por parte del servicio de Endoscopias:

5.1.-Si el paciente acude tarde-noche: Remisión de la solicitud de endoscopias antes de las 8,30 horas de la mañana

5.2.- Si el paciente acude por la mañana, de 8-15 horas: Remisión urgente de la petición esa misma mañana.

6.- Se realizará hemograma y bioquímica de control previa el alta.

6.- El paciente queda a cargo del Servicio de Urgencias-UCE.

7.- Realizar hoja de consulta de "Observación-UCE" a "UCE-Administrativo", con los datos del paciente y teléfono de contacto actualizado y cursarla de forma preferente preferente

5.- TRAS REALIZACIÓN DE ENCOSCOPIA DIGESTIVA

1.- Si se evidencia lesión con sangrado activo, estigmas de riesgo de sangrado o lesión neoplásica:

Se contactará con el Servicio de Digestivo (Unidad Hepática)

2.- Si no se evidencian lesión con sangrado activo, estigmas de riesgo de sangrado o lesión neoplásica:

- 1.- Dieta líquida o blanda
- 2.- Omeprazol.- 40 mg.- un comprimido al día
- 3.- Si náuseas o vómitos: Motilium.- 10 ml cada 8 horas
- 4.- Reposo relativo domiciliario
- 5.- Control preferente por su médico de familia
- 7.- Solicitará cita preferente en Digestivo Jerarquizado (Tardes) del Centro de Especialidades de Bebel

3.- En pacientes con tratamiento antiagregante, tras endoscopia:

- 1.- Sin evidencia de lesiones: reiniciar antiagregante al alta.
- 2.- Evidencia de lesiones en fase de cicatrización: reiniciar el antiagregante a los 15 días.
- 3.- Con estigmas de sangrado reciente: contactar con la Unidad Hepática.

6.- CONTACTO TELEFÓNICO CON EL PACIENTE AL MES PARA COMPROBAR EVOLUCIÓN (Revisita y Reingreso, motivos)

Actualización	Febrero-2011
Responsables	Urgencias-UCE: Pere Llorens. Digestivo: Miguel Pérez-Mateo, José Maria Palazón. Cristina Sánchez-Fortún. Endoscopias: Juan Antonio Casellas