# PROCEDIMIENTO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES PARA ENDOSCOPIA URGENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS GENERALES

Departamento de Salud Alicante-Hospital General Universitario Dr. Balmis

Hospital General Universitario Dr. Balmis

## ÍNDICE

1.- INDICACIONES ENDOSCOPIA PRECOZ / URGENTE

2.- REQUISITOS PREVIOS AL TRASLADO

3.- PROTOCOLO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES

4.- EDAD PEDIÁTRICA

5.- DESTINO AL ALTA

6.- ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO Y CONTROL DE CAMBIOS

7.- BIBLIOGRAFIA

## 1. INTRODUCCIÓN

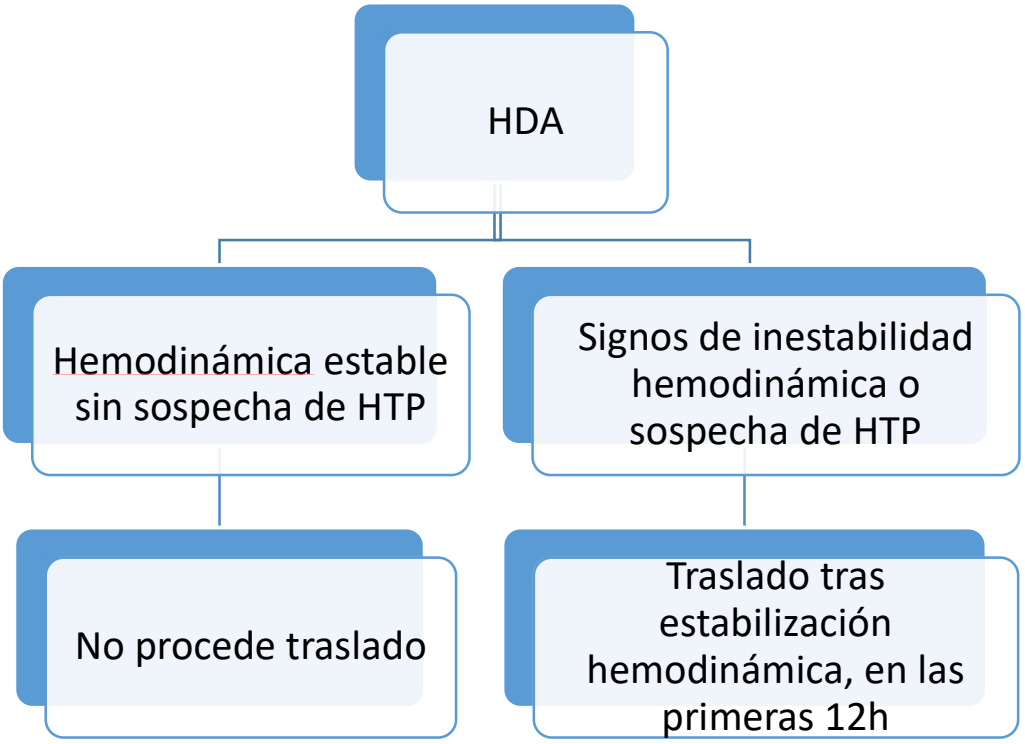
Aunque la gran mayoría de procedimientos endoscópicos, incluidos los urgentes, se realizan durante la jornada ordinaria, hay situaciones clínicas en las que los plazos para la realización de la endoscopia no permiten diferir la técnica y debe realizarse en horario de atención continuada.

En el HGU Dr. Balmis de Alicante se dispone de endoscopista de guardia las 24 h para atender las urgencias que lo requieran.

Las situaciones más comunes que precisan endoscopia precoz y son motivo de consulta en horario de atención continuada son los siguientes:

- **Hemorragia digestiva alta**: Las hemorragias digestivas altas que requieran endoscopia, si no han presentado signos de inestabilidad hemodinámica, esta podrá realizarse durante el ingreso. En el caso de hemorragias digestivas altas con sospecha de hipertensión portal, o que hayan presentado signos de inestabilidad hemodinámica (recuperada y con el paciente estable), se recomienda endoscopia en las primeras 12h de su presentación. En el caso de que no sea posible conseguir estabilidad hemodinámica, se deben valorar las opciones terapéuticas caso por caso.

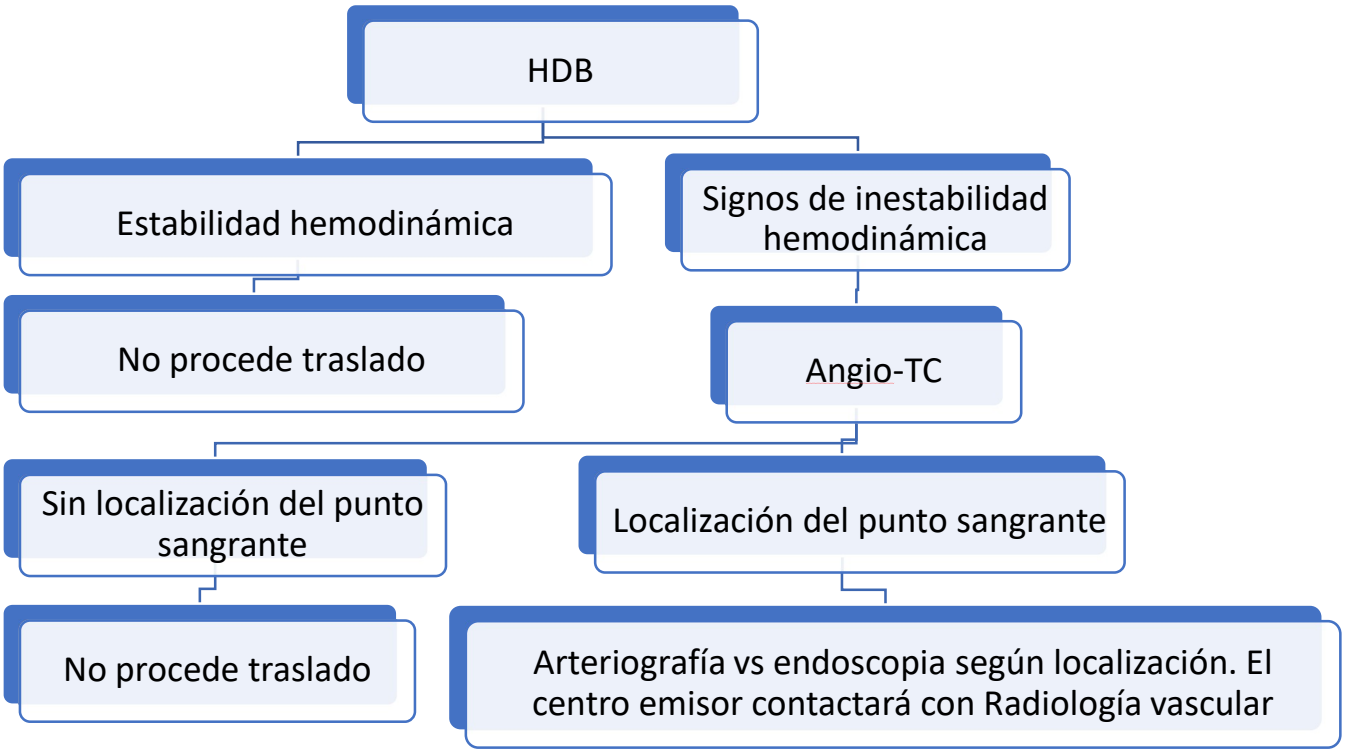
  Como excepciones a esta norma, no serían candidatos a endoscopia aquellos en los que la endoscopia resultase fútil. Por ejemplo, patología conocida y sin posibilidad de tratamiento endoscópico eficaz. En estos pacientes, la conveniencia de la endoscopia se debe individualizar caso a caso tras valoración por el endoscopista.




- **Hemorragia digestiva baja**: El estudio inicial de la hemorragia digestiva baja es la colonoscopia. En el caso de pacientes con estabilidad hemodinámica que precisen ingreso, la colonoscopia se debe realizar durante dicho ingreso. No hay evidencia de que la realización de colonoscopia en las primeras horas mejore el pronóstico, por lo que aunque su presentación se produzca en horario de atención continuada, se podrá realizar habitualmente en las siguientes jornadas ordinarias. En el caso de que el paciente haya presentado inestabilidad hemodinámica, el estudio y tratamiento debe realizarse en un plazo menor de tiempo. Para la realización de la colonoscopia se requiere de preparación colónica que necesita un tiempo de preparación mínimo de 8h, por lo que en casos en los que la situación clínica del paciente no permita diferir el tratamiento por este tiempo, la prueba a realizar será un angio-TC abdominal con tal de localizar un punto de sangrado tratable mediante arteriografía. En caso de persistir inestabilidad hemodinámica y no localizar punto sangrante en angio-TC, se debe valorar tratamiento quirúrgico.

  Como excepción a la norma de la preparación colónica, hay dos supuestos en los que se puede valorar, a criterio del endoscopista, la realización de una colonoscopia urgente sin necesidad de preparación colónica anterógrada.

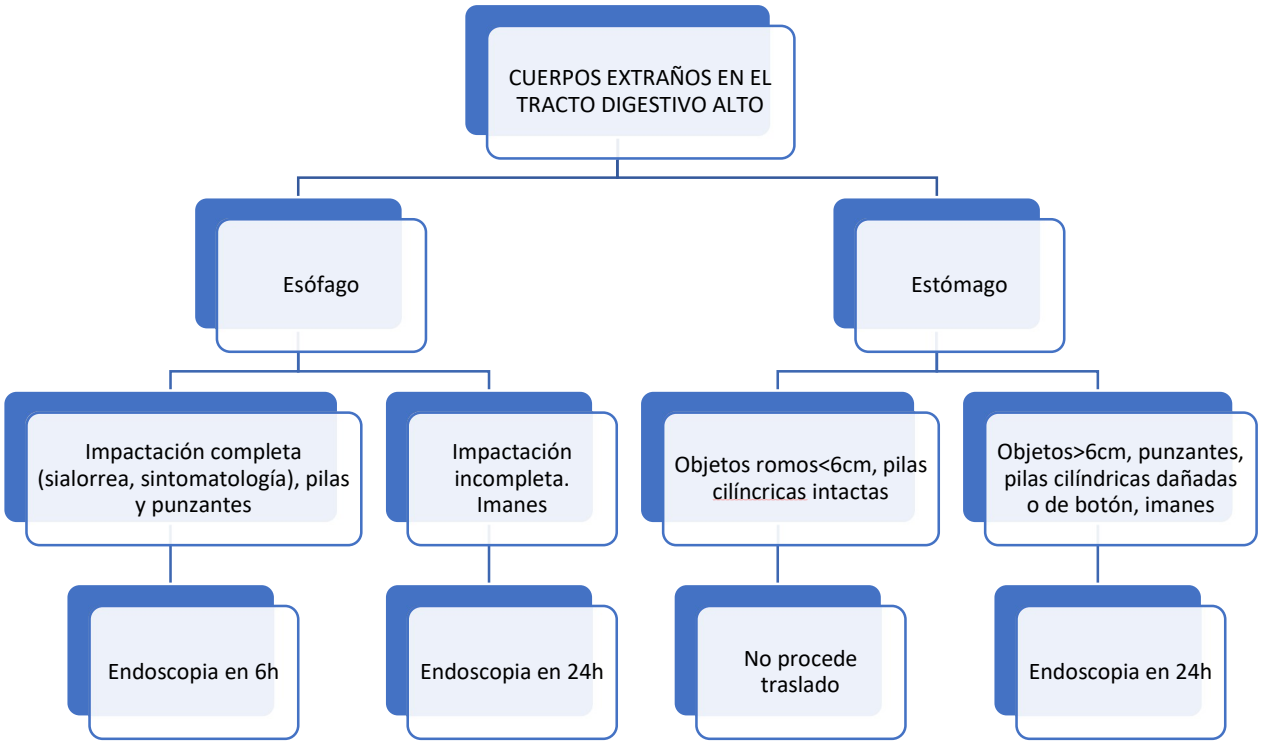
- Paciente que en el angio-TC se localiza el punto de sangrado en el recto-sigma. Dada su accesibilidad, según su situación clínica se puede valorar la realización de colonoscopia con preparación retrógrada.
- Hemorragia post-polipectomía. Pacientes en los que se haya realizado una polipectomía colónica en las últimas 24h y presenten hemorragia post-polipectomía que requiera colonoscopia para tratamiento, se puede valorar también a criterio del endoscopista la realización de colonoscopia para tratamiento. En el caso de lesiones distales (recto y sigma), se puede valorar a criterio del endoscopista la realización de colonoscopia con preparación retrógrada aunque hayan pasado más de 24h del procedimiento.



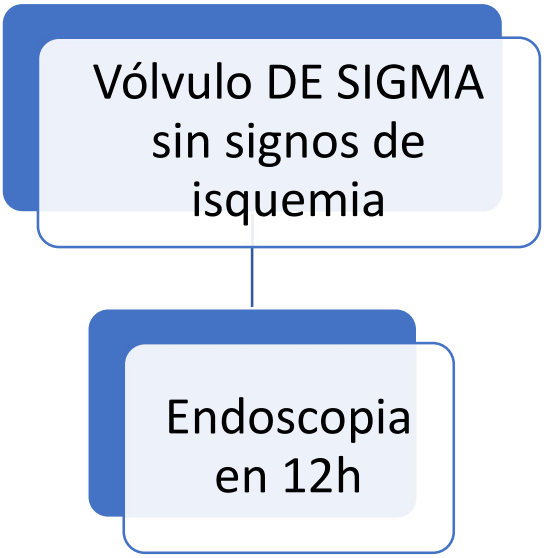

- **Cuerpos extraños en el tracto digestivo superior**: La extracción endoscópica de cuerpos extraños alojados en el tracto digestivo superior se puede realizar en unos plazos que difieren según la naturaleza del cuerpo extraño y el punto donde se encuentre, por lo que cada caso deberá tratarse de forma individualizada, aunque como norma la forma de actuar será según lo siguiente:

- Cuerpos extraños en el esófago con impactación completa (sialorrea, imposibilidad de ingerir líquidos) deben extraerse de forma urgente, en las primeras 6h.
- Cuerpos extraños en el esófago con impactación incompleta (sintomatología leve) deben extraerse en las primeras 24h.
- Cuerpos extraños punzantes en el esófago: deben extraerse de forma urgente, en las primeras 6h
- Cuerpos extraños en el estómago: En el caso de objetos romos, no requieren extracción endoscópica urgente, y su extracción diferida, si la precisase, se valorará en su centro de referencia. La excepción a esta norma serían los cuerpos extraños largos (>5-6cm) y los cuerpos extraños punzantes, cuya extracción endoscópica se recomienda en las primeras 24h.
- Casos especiales:
  - Pilas de botón: en el esófago deben extraerse de forma urgente. En el estómago el riesgo es menor, por lo que deben extraerse en las primeras 24h.
  - Pilas cilíndricas: en el esófago requieren extracción urgente (6h). Una vez en el estómago, si su estructura se encuentra íntegra se pueden tratar como objetos romos. En el caso de estructura dañada (por manipulación previa a la ingesta) requieren extracción urgente (6h) tanto en el esófago como en el estómago
  - Imanes: requieren extracción en las primeras 24h tanto en el estómago como en el estómago (salvo signos de obstrucción completa, que requerirán extracción en las primeras 6h).
  - En el caso de paquetes de droga, se recomienda no realizar extracción endoscópica.

Se recomienda realización de radiografía de tórax u abdomen en función de la localización del cuerpo extraño inmediatamente antes de la realización de la gastroscopia, ya que algunos cuerpos extraños pueden progresar espontáneamente a tramos del tubo digestivo donde ya no es factible la extracción (más allá del duodeno), o no es necesaria (objetos romos pequeños)




- **Vólvulos**:
  - El vólvulo de sigma que no tenga indicación (signos de isquemia, perforación, peritonitis…) quirúrgica requerirá colonoscopia descompresiva como primera medida. El plazo en el que se debe realizar la colonoscopia no está bien establecido. En algunos estudios se ha realizado en las primeras 12h desde el ingreso, aunque dada la escasez de la evidencia, se deberá valorar caso por caso. Además, dado que con el paso de las horas aumenta el riesgo de isquemia, es prudente no demorar en exceso la realización de la colonoscopia.
  - El vólvulo de ciego debido a su complejidad, su manejo será quirúrgico y solo se valorará opción endoscópica en pacientes de riesgo quirúrgico inasumible, de acuerdo con el criterio del endoscopista de guardia.
  - Los vólvulos gástricos son muy infrecuentes. Su tratamiento es fundamentalmente quirúrgico. En algunos casos seleccionados (vólvulo agudo sintomático en paciente de muy alto riesgo quirúrgico) la endoscopia podría ser de utilidad tanto para diagnóstico como para tratamiento, aunque dada la falta de evidencia al respecto, cada caso debe ser valorado junto con el endoscopista de guardia.




- **Invaginación colónica**: las invaginaciones colónicas son infrecuentes. Su manejo es habitualmente quirúrgico ya que la causa más frecuente son las lesiones intraluminales malignas. No suelen requerir colonoscopia, salvo que el equipo quirúrgico de acuerdo con el endoscopista consideren oportuno una valoración previa al tratamiento.

- **Ingesta de cáusticos**: como norma no requieren realizar estudio endoscópico en horario de atención continuada, ya que la recomendación según la evidencia disponibles es la realización del estudio en las primeras 12-24h, pudiendo realizarse hasta pasadas 48-72h. No se recomienda su realización pasado este tiempo y hasta 2 semanas después, ya que aumenta el riesgo de lesiones en el tracto digestivo debido a las alteraciones que produce el agente corrosivo en la mucosa en este tiempo. En población pediátrica sintomática se recomienda su realización en las primeras 24h.

- **Cuerpos extraños en el colon**: las principales guías sobre endoscopia no establecen una clara indicación sobre este problema. Habitualmente, objetos pequeños y de bajo riesgo lesivo pueden progresar espontáneamente, mientras que objetos de gran tamaño o con riesgo lesivo requieren valoración quirúrgica.

Aunque estas son las indicaciones y los plazos en los que la endoscopia ofrece un mejor rendimiento y beneficio, en el caso de pacientes que deben ser trasladados entre centros se debe ponderar este beneficio con el riesgo que supone un traslado, por lo que el endoscopista decidirá según el beneficio/riesgo esperables si procede el traslado atendiendo siempre al criterio de la opción más segura a priori para el paciente.

## 2. REQUISITOS PREVIOS AL TRASLADO

El traslado de pacientes entre centros supone un riesgo añadido a la patología que presentan, especialmente en los que se trasladan por hemorragia digestiva. Por lo que para poder efectuar el traslado se deben dar unas condiciones mínimas para que este pueda efectuarse con la mayor seguridad posible. Si no se consiguen cumplir estas condiciones de seguridad, es preferible optar por otras modalidades de tratamiento que se puedan efectuar en su hospital de referencia.

- **Estabilidad hemodinámica**. Los pacientes deben presentar estabilidad hemodinámica mantenida previo al traslado para endoscopia. En caso de no conseguirse estabilidad, se debe valorar el tratamiento por otros medios en su hospital de origen.

- **Soporte transfusional y corrección de coagulopatía**: En los casos en los que estuviese indicado se debe iniciar la transfusión de hemoderivados y medidas para corrección de coagulopatía que precise.

- **Pruebas de imagen que se consideren necesarias** (localización de punto sangrante, descartar perforación…)

- **Tratamiento farmacológico**: Se debe iniciar el tratamiento farmacológico que precise en caso de hemorragias digestivas (IBP/somatostatina/terlipresina) o impactaciones esofágicas con indicación de tratamiento farmacológico (glucagón IV)

## 3. PROTOCOLO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES

Actualmente en la provincia de Alicante hay dos centros con disponibilidad de endoscopia urgente las 24h del día, que son el HGU Dr. Balmis de Alicante y el HGU de Elche.

Los pacientes que requieran realizarse de una endoscopia urgente en horario de atención continuada se derivarán a uno de estos centros atendiendo al criterio de cercanía al centro emisor, por lo que salvo circunstancias especiales** se deberá contactar con el endoscopista de guardia de este modo:

- HGU Dr. Balmis de Alicante: pacientes de los hospitales de Denia, Marina Baixa, Alcoy, Elda y San Juan.

- HGU Elche: pacientes de los hospitales de Torrevieja, Vega Baja y Vinalopó.

Los centros privados que precisen derivar pacientes para endoscopia lo harán atendiendo al mismo criterio de cercanía que los hospitales públicos.

** Algunos pacientes, atendiendo a su gravedad u otras circunstancias tales como por ejemplo comorbilidades, alto riesgo anestésico, etc. pueden requerir soporte por una unidad de críticos tanto pre, intra o post-procedimiento. En el caso de que un paciente se estime que pueda requerir de este soporte en cualquier momento de su atención, el centro emisor deberá contactar con la UCI del hospital receptor para gestión de camas y garantizar su disponibilidad. En el caso de no disponibilidad de camas de UCI en el hospital que por cercanía corresponde, se contactará con el centro alternativo y para su aceptación deberá contar tanto con el criterio del endoscopista, como por el de UCI, con quien contactará el centro emisor para gestión de camas y aceptación. En el caso de que tampoco se disponga de camas de UCI en el centro alternativo, el paciente deberá ser trasladado al centro que por cercanía corresponda.
Estos pacientes se trasladarán directamente a la unidad de críticos del hospital.

**Circuito de traslados al HGU Dr. Balmis de Alicante:**

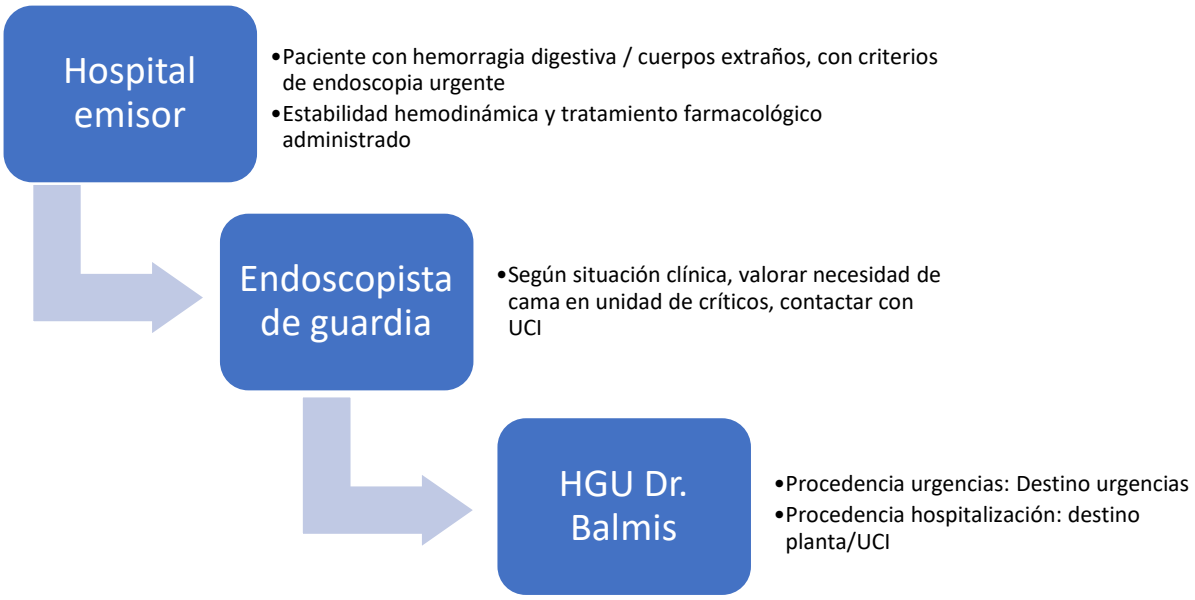
- Los pacientes que se trasladen para realización de endoscopia urgente por cercanía, el circuito de traslado será el siguiente:

Como norma, los pacientes que se encuentren en el área de urgencias/observación del centro emisor, se trasladarán a urgencias del HGU Dr. Balmis de Alicante, previa aceptación por el endoscopista de guardia. Si el paciente requiriese soporte por una unidad de críticos el centro emisor deberá contactar con la UCI de nuestro hospital para gestión de camas de críticos y garantizar su disponibilidad. Una vez remitido a nuestro servicio de urgencias generales se les asignará un médico de urgencias que será responsable de su atención hasta que se asigne un destino al paciente (ingreso/alta/traslado). Mientras el paciente se encuentre en urgencias se debe agilizar en medida de lo posible la atención a fin de minimizar el tiempo que pasan en dicho servicio.

Los pacientes que se encuentren ingresados en el centro emisor, su traslado será directamente a la unidad de hospitalización que se acuerde atendiendo a su situación clínica, por lo que el centro emisor contactará con el endoscopista quien valorará si puede ser trasladado a CIME o precisa valoración por UCI.

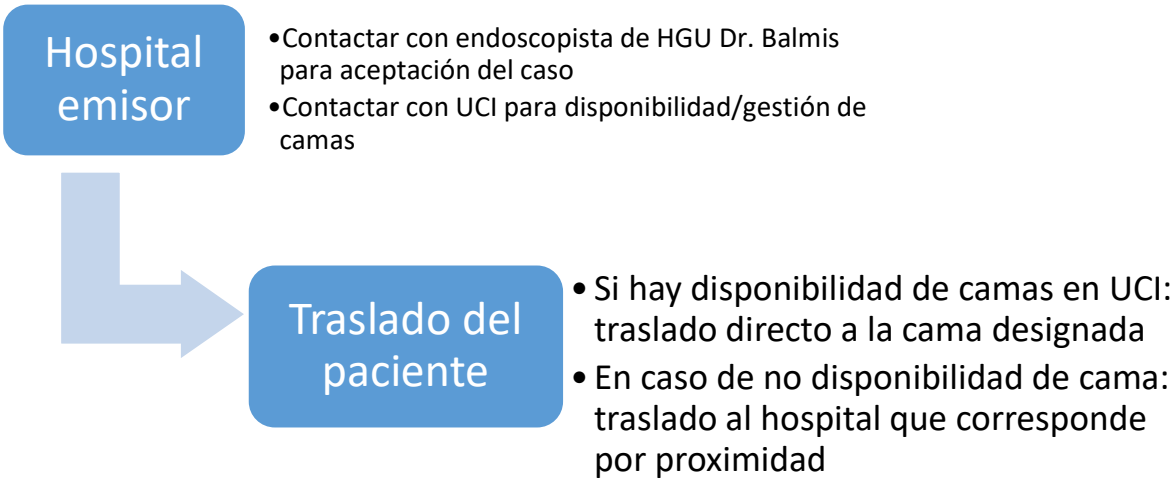
A la llegada del paciente al hospital, será valorado por el endoscopista, quien tras la valoración del caso decidirá si procede o no la realización de la endoscopia según la situación clínica y la unidad donde procede su realización (CIME, quirófano, UCI).

***Circuito de derivación de paciente adulto al hospital Dr. Balmis por proximidad*:**




*Para población pediátrica, contactarán con el servicio de pediatría*

Circuito de derivación para pacientes que precisan cama en unidad de críticos y no hay disponibilidad en el centro que corresponde por proximidad y se solicita como alternativa traslado al HGU Dr. Balmis



- Los pacientes que por su situación clínica requieren soporte por unidad de críticos y se solicita traslado al HGU Dr. Balmis como centro alternativo por no disponer de camas de críticos en su hospital con endoscopia más cercano (HGU Elche), el centro emisor deberá contactar tanto con el endoscopista de guardia para la aceptación del caso, como con UCI para gestión y disponibilidad de camas. En el caso de que haya disponibilidad y pueda ser asumido por UCI, se trasladará directamente a dicha unidad. Si no hay disponibilidad de camas en UCI, el paciente deberá ser derivado al hospital que corresponde por cercanía

A la llegada del paciente al hospital, será valorado por el endoscopista, quien tras la valoración del caso decidirá si procede o no la realización de la endoscopia según la situación clínica y la unidad donde procede su realización (CIME, quirófano, UCI).

## 4. EDAD PEDIÁTRICA

Pacientes en edad pediátrica: el circuito lo establecerá el servicio de pediatría/cirugía pediátrica. El centro emisor contactará con pediatría del HGU Dr. Balmis de Alicante quienes valorarán la indicación del traslado. Tras la valoración del paciente trasladado, el servicio de pediatría/cirugía pediátrica contactará si precisa con el endoscopista de guardia para valorar la indicación de endoscopia urgente.

## 5. DESTINO AL ALTA

Tras la valoración del paciente y realización de la endoscopia si estuviera indicada el destino del paciente se establecerá según lo siguiente:

- Traslado a su hospital de origen: como norma y tras la realización de la endoscopia, si el paciente precisa continuar ingresado se gestionará el traslado a la unidad (urgencias, hospitalización) del hospital de origen donde se encontraba el paciente.

- Ingreso hospitalario en el HGU Dr. Balmis de Alicante: si tras la realización de la endoscopia se considera según el criterio del endoscopista y/o UCI que el paciente no puede ser trasladado de nuevo a su centro por su situación clínica,

quedará ingresado hasta que su situación permita realizar el traslado. En ese caso, el traslado a su centro de origen debe realizarse tan pronto lo permita la situación clínica del paciente, con el fin de evitar sobrecargas en el centro de referencia. El hospital de origen debe garantizar el traslado de vuelta del paciente y su admisión cuando sea solicitado por el centro de referencia.

- Alta hospitalaria: si se produce resolución del problema, tales como impactaciones esofágicas, vólvulos colónicos, el paciente podría ser dado de alta hospitalaria.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. ESGE (European Society of Gastrointestinal Endoscopy) guidelines
2. Quénéhervé, Lucille et al. “Outcomes of first-line endoscopic management for patients with sigmoid volvulus.” *Digestive and liver disease : official journal of the Italian Society of Gastroenterology and the Italian Association for the Study of the Liver* vol. 51,3 (2019): 386-390
3. Rodriguez-Garcia HA, Wright AS, Yates RB. Managing obstructive gastric volvulus: challenges and solutions. Open Access Surgery. 2017;10:15-24
4. Abralena Wilson et al. “Adult Colocolic Intussusception and Literature Review “. Case Rep Gastroenterol 2013;7:381–387

## 7. ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO Y CONTROL DE CAMBIOS

| ELABORADO | REVISADO | APROBADO |
|---|---|---|
| Rodrigo Jover. Jefe de Servicio de Medicina digestiva<br><br>Pere Llorens. Jefe de Servicio de Urgencias Generales-UCE | Rogelio Pastor. Jefe de Sección de Urgencias Generales | Luis Mena. Director Médico |
| Fecha 03/02/2023 | Fecha 03/02/2023 | |

Este protocolo será revisado siempre que las circunstancias lo requieran y en especial, ante modificaciones sustanciales de los protocolos y/o procedimientos en la materia, dictados por las Autoridades Sanitarias.

La modificación del protocolo incluirá la comunicación a los responsables de las áreas/servicios y unidades afectados por el protocolo, así como a la totalidad de los profesionales del Servicio de Urgencias Generales.

Asimismo, se modificará con carácter inmediato en la intranet del Departamento, en caso necesario.

| EDICIÓN | FECHA | DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS | PÁGINAS |
|---|---|---|---|
| V1 | 02/03/2023 | Elaboración del documento | 15 |
| V2 | 03-02-2027 | Revisión del documento | |