



**CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUD
PUBLICA**

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DR BALMIS
DE ALICANTE

PROTOCOLOS DE CONSENSO PARA EL ABORDAJE INICIAL DE PACIENTES CON ENFERMEDADES DIGESTIVAS EN URGENCIAS

Servicio de Medicina Digestiva y Urgencias Generales

Actualización: 22 de Mayo del 2023

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA:

1. Paso a Nivel 2 y valorar monitorización.

- Dos vías periféricas gruesas. Ajustar expansión con fluidoterapia con cristaloides según situación hemodinámica.
- Oxígeno en gafas nasales.
- Cruzar y reservar 4 CH:
- Política restrictiva trasfusiones: Transfusión en Hb < 7 o < 8-9 según comorbilidad.

2. Pruebas complementarias de inicio:

- ECG.
- Rx tórax.
- Analítica: Hemograma, coagulación, Bioquímica con función hepática, función renal, iones y gasometría venosa.

3. Tratamiento específico de inicio:

sospecha HDA no varicosa:

- Omeprazol 80 mg iv en bolo + Perfusión 8 mg/h: 3 amp en 250 de SSF en 14 h + 2 ampollas en 250 de SSF en 10 h

sospecha HDA varicosa:

- Somatostatina. Bolo inicial 250-500 µg. Perfusión continua 6-12 mg/día en 250 ml de suero glucosado 5 %.



**CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUD
PUBLICA**

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DR BALMIS
DE ALICANTE

ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA:

1. Valorar posibles infecciones, deshidratación (diuréticos y laxantes), hemorragia digestiva, estreñimiento.
2. Exploraciones básicas a su llegada a urgencias:
 - ASU con perfil hepático, coagulación, sedimento orina, Rx tórax. Si sospecha infección: urocultivo, hemocultivo.
 - Si primer episodio de encefalopatía – TAC craneal.
 - Si dudas etiología del cuadro – Amonio. Análisis de tóxicos.
3. Tratamiento:
 - Encefalopatía grado IV (coma) puede requerir valoración por UCI para garantizar ventilación.
 - Lactulosa oral o enemas según nivel de conciencia.
 - Si encefalopatía leve que responde a lactulosa sin otra causa que requiera ingreso puede ser dado de alta.

ASCITIS:

- Todo paciente con ascitis significativa requiere paracentesis diagnóstica para descartar peritonitis bacteriana espontánea, e inicio de tratamiento antibiótico precoz en tal caso.
 - La paracentesis diagnóstica es un procedimiento de bajo riesgo independientemente de la coagulopatía o plaquetas del paciente.
 - En caso de ascitis a tensión valorar paracentesis evacuadora y reposición con albúmina (8 gramos por litro – máximo 100 gramos).
 - Se requiere en estos pacientes análisis de sangre: bioquímica completa con función renal, hepática, hemograma y coagulación. Si sospecha, realizar despistaje de infecciones.
- Pacientes con cirrosis ya diagnosticada y en control por Unidad hepática:
1. Paciente con cirrosis y nuevo episodio de ascitis análisis en líquido ascítico:
 - Recuento celular en análisis urgente.
 - Cultivo de líquido ascítico.



**CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUD
PUBLICA**

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DR BALMIS
DE ALICANTE

2. Si primer episodio de ascitis en paciente con cirrosis, el análisis de líquido ascítico requiere:
 - Recuento celular en análisis urgente.
 - Cultivo de líquido ascítico.
 - Bioquímica de líquido ascítico (en análisis ordinario hay un perfil creado de líquido ascítico).
 - Si sospecha de etiología tumoral – citología de líquido ascítico.

3. Las ascitis a estudio en pacientes sin datos de hepatopatía ingresan en medicina interna pro acuerdo entre Digestivo y dicho servicio.

INFECCIÓN BACTERIANA / SEPSIS EN PACIENTE CIRRÓTICO:

- Nivel 2 y monitorización si signos de sepsis.
 - Analítica: Hemograma, coagulación, bioquímica completa con función renal y hepática, PCR y procalcitonina, gasometría venosa.
 - Hemocultivos.
 - Sedimento de orina y urocultivo si no presenta otro foco claro.
 - Paracentesis diagnóstica para descartar peritonitis bacteriana espontanea.
 - Rx tórax
 - ECG.
 - Puede requerir prueba de imagen dirigida según la sospecha clínica.
-
- Tratamiento inicial: administración precoz de fluidos y antibioterapia de amplio espectro según foco. Reevaluación continua, en caso de paciente sin respuesta a expansión de volumen con sospecha de shock séptico o sepsis grave valoración por UCI.

PANCREATITIS AGUDA EN URGENCIAS

- Nivel 2
- Constantes a la llegada del paciente: TA, FC, temperatura, SatO₂, frecuencia respiratoria y control estricto diuresis (facilitar bote de recogida).
- Repetir control de constantes en 1 hora. Si estable, la siguiente toma en planta de hospitalización
- Fluidoterapia:
 - A: administrar bolo de Ringer Lactato (10mL/Kg) si presenta alguno de los siguientes ítems:
 - - Creatinina > 1,1 mg/dL (previa normal)
 - - Urea > 43 mg/dl
 - - Hematocrito > 44 %
 - - Diuresis < 0,75 mL/Kg/h
 - - TA sistólica < 90 mmHg
 - - Otros signos de deshidratación
 - B: Iniciar fluidoterapia en todos: 1,5 mL/Kg/h
- Manejo del dolor: Analgesia habitual en función de la intensidad (paracetamol, metamizol, morfina)

SEPSIS BILIAR EN URGENCIAS

- Nivel 2 y monitorización
- Monitorización del paciente: TA, FC, temperatura, SatO₂, frecuencia respiratoria y control estricto diuresis (facilitar bote de recogida)
- Repetir controles de constantes en 60 minutos y si estable, la siguiente toma en planta. En función de la gravedad del cuadro séptico valorar monitorización continua con controles pautados periódicos
- Solicitud de ecografía si procede
- Extracción de hemocultivos seguida de la administración de antibioterapia de amplio espectro + fluidoterapia
- Antibióticos:
 - Ceftriaxona + Metronidazol
 - Ertapenem si sospecha de BLEE: colonización previa, inmunosupresión, hospitalización previa, tto atb amplio espectro > 2 semanas.
 - Piperacilina-Tazobactam si manipulación biliar previa
 - Meropenem si Shock séptico



**CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUD
PUBLICA**

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DR BALMIS
DE ALICANTE

- En función de la etiología de la sepsis y de la franja horaria, a valorar cirugía/endoscopia/Radiología intervencionista