

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO

PROYECTO:



**SERVICIO MURCIANO DE SALUD
COMPLEJO HOSPITALARIO DE CARTAGENA**

01

HÍGADO GRASO

02

SEGUIMIENTO DE LESIONES GÁSTRICAS

03

ESOFAGO DE BARRET

04

TRATAMIENTO DEL HELICOBACTER PYLORI

05

ESTREÑIMIENTO

06

ENFERMEDAD POR REFLUJO (ERGE)

07

DISPEPSIA

08

DIARREA CRÓNICA

09

SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE

10

ALERGIAS ALIMENTARIAS

11

HALLAZGOS DE ECOGRAFICOS DE INTERES

12

SEGUIMIENTO DE POLIPOS COLÓNICOS

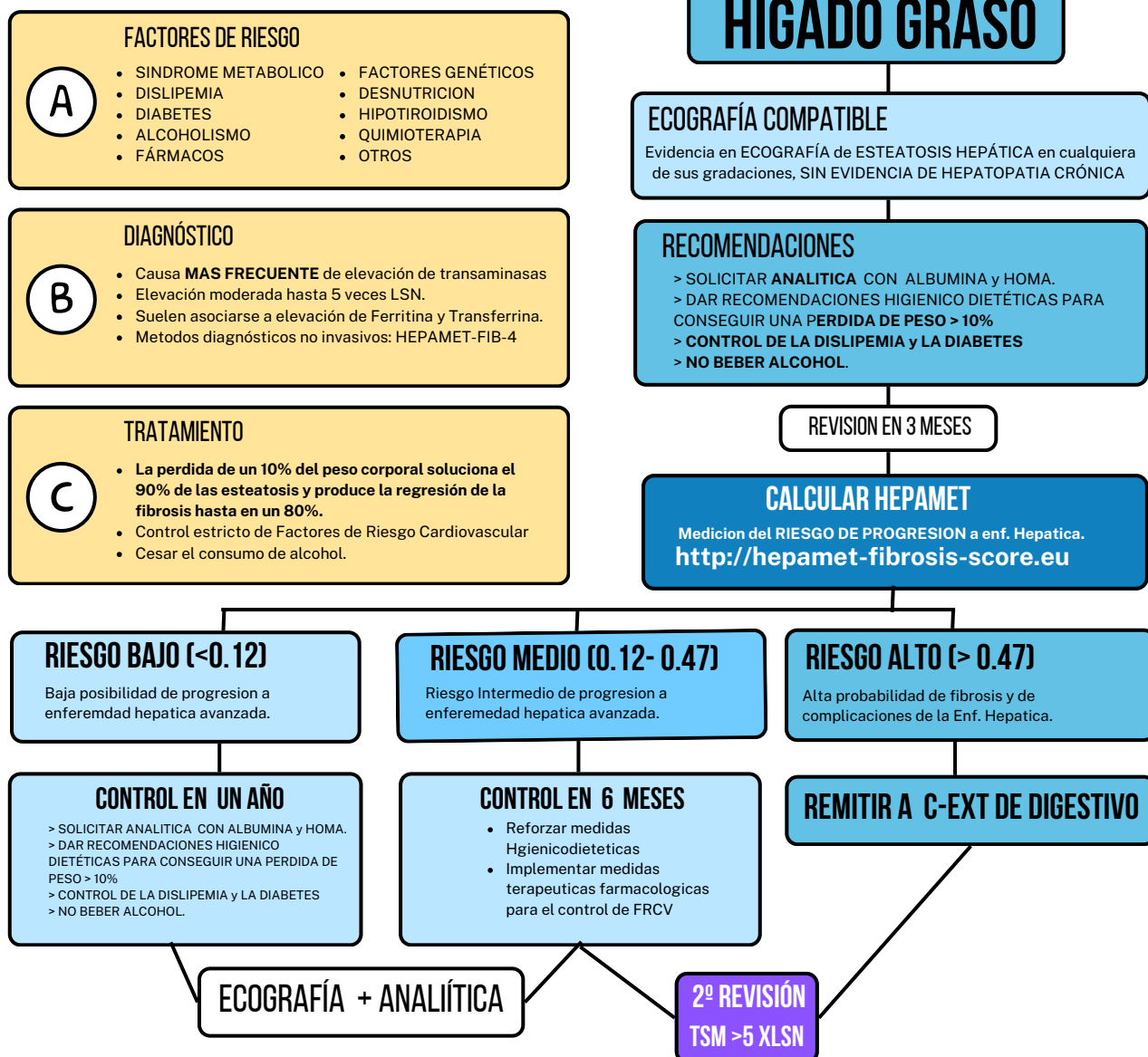
1. HIGADO GRASO

Definición: La enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA o NAFLD, engloba un amplio espectro de afectación hepática cuya marca distintiva es el acúmulo de grasa intrahepatocitario que no se puede atribuir a causas secundarias como alcohol o ciertas drogas. Se considera la primera causa de hepatopatía crónica de los países occidentales, con una prevalencia entre el 17 y el 46% de la población.

Se distinguen dos fenotipos clínicos-histológicos de enfermedad:

1. **Hígado graso no alcohólico** (HGNA o NAFL): pacientes con esteatosis hepática sin inflamación o de grado leve. Por lo general tiene un curso benigno.
2. **Esteatohepatitis no alcohólica** (EHNA o NASH): caracterizada por la presencia de inflamación hepática y daño hepatocitario con o sin fibrosis. Este fenotipo puede conducir a cirrosis y carcinoma hepatocelular.

DATOS DE INTERÉS



RECOMENDACIONES

- **Informar al paciente** de la necesidad de cambio de hábitos y de las implicaciones de la enfermedad.
- Prescribir **ejercicio físico** y cambios de estilos de vida.
- Diagnosticar la presencia de **factores de riesgo** de progresión de la enfermedad: obesidad, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), dislipemia y HTA.
- **Tratamiento intensivo y optimizado** de los factores de riesgo de progresión de la enfermedad: obesidad, DM2, dislipemia y HTA.
- Si el paciente presenta **obesidad** grado III o con comorbilidades severas no controladas derivar a Endocrinología.
- **Seguimiento anual/bianual** en el Centro de Salud (visita y analítica general).
- Realizar cada tres años un test serológico (HEPAMET) para la estimación de la fibrosis y derivar a Hepatología si es necesario.

2. SEGUIMIENTO DE LESIONES GASTRICAS

SEGUIMIENTO DE LESIONES GASTRICAS

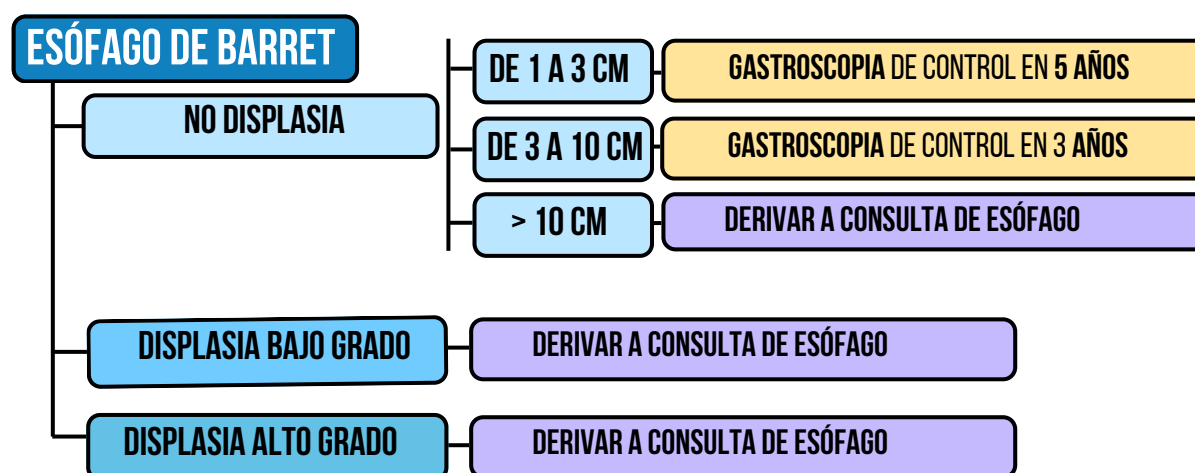
A METAPLASIA INTESTINAL COMPLETA	GASTROSCOPIA DE CONTROL EN 5 AÑOS
B METAPLASIA INTESTINAL INCOMPLETA	GASTROSCOPIA DE CONTROL EN 3 AÑOS
C DISPLASIA	DERIVAR A CONSULTA PARA SEGUIMIENTO
D POLIPOS DE GLANDULAS FÚNDICAS*	NO PRECISAN SEGUIMIENTO. SUSPENDER IBP

*VALORAR DERIVAR A CONSULTA SI >1 cm PARA POLIPECTOMIA

NO PRECISAN SEGUIMIENTO ENDOSCÓPICO

- HERNIA DE HIATO
- CARDIAS INCOMPETENTE
- DISPEPSIA FUNCIONAL

3. ESOFÁGO DE BARRET



RECOMENDACIONES Y TRATAMIENTO

- **Informar al paciente** de la necesidad de cambio de hábitos y de las implicaciones de la enfermedad.
- Prescribir cambios de estilos de vida.
- **Tratamiento:** IBP a dosis estándar diaria. +/- Protector de Mucosa
- Valorar DOBLE DOSIS en caso de persistencia de sintomatología.
- Factores riesgo: ERGE crónica, edad >50 años, sexo masculino, hábito tabáquico y obesidad.

4. TRATAMIENTO HELICOBACTER PYLORI

Definición: Infección del tracto digestivo superior, mayoritariamente asintomática. En pacientes susceptibles se asocia a gastritis aguda, gastritis crónica y úlcera. También se ha descrito asociado a dispepsia, Linforma Malt, ferropenia, déficit de B12, etc.

INDICACIONES DE TRATAMIENTO

- Dolor abdominal recurrente.
- Úlcera péptica.
- Dispepsia con endoscopia normal.
- Pacientes con antecedentes de úlcera que van a requerir tratamiento con AINE o aspirina de manera continuada.
- Linfoma MALT gástrico de bajo grado.
- Resección quirúrgica o endoscópica de un cáncer gástrico.
- Familiares de primer grado con cáncer gástrico.
- Atrofia o metaplasia intestinal en biopsias gástricas.
- Anemia ferropénica de causa no aclarada.
- Púrpura trombocitopénica idiopática.
- Déficit de vitamina B12 no explicable por otras causas.
- **Dispepsia no investigada < 55 años y sin síntomas/signos de alarma (estrategia test and treat)**

SE DEBE SEPARAR EL TEST DIAGNÓSTICO **CUATRO SEMANAS** TRAS CUALQUIER TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO Y **DOS SEMANAS** DEL USO DE IBP (USAR EN SU LUGAR ANTIÁCIDOS O ANTIH2).

TRATAMIENTO

YA NO SE RECOMIENDA LA TRIPLE TERAPIA CON CLARITROMICINA (OCA) debido al alto número de resistencias a la claritromicina en España (18%).

Se puede usar cualquier inhibidor de la bomba de protones a la dosis doble equivalente a 20 mg/12h de omeprazol

ALERGIA A PENICILINA

PRIMERA LINEA

CUADRUPLA TERAPIA SIN BISMUTO 14 DIAS

- OMEPRAZOL 20 mg 1c/12 horas
- AMOXICILINA 1g 1c/12 horas
- CLARITROMICINA 500 mg 1c/12 horas
- METRONIDAZOL 250mg 2c/12 horas

CUADRUPLA TERAPIA CON BISMUTO 10 DIAS

- OMEPRAZOL 20 mg 1c/12 horas
- PYLERA 3c/6 horas

CUADRUPLA TERAPIA CON BISMUTO 14 DIAS

- OMEPRAZOL 20 mg 1c/12 horas
- METRONIDAZOL 250mg 2c/8-12 horas
- DOXICICLINA 100 mg 1c/12 horas
- BISMUTO 240 mg 1c/12 horas

CUADRUPLA TERAPIA CON BISMUTO 10 DIAS

- OMEPRAZOL 20 mg 1c/12 horas
- PYLERA 3c/6 horas

CUADRUPLA TERAPIA CON BISMUTO 14 DIAS

- OMEPRAZOL 20 mg 1c/12 horas
- METRONIDAZOL 250mg 2c/8-12 horas
- DOXICICLINA 100 mg 1c/12 horas
- BISMUTO 240 mg 1c/12 horas

SEGUNDA LINEA

CUADRUPLA TERAPIA CON LEVOFLOXACINO 14 DIAS

- OMEPRAZOL 20 mg 1c/12 horas
- AMOXICILINA 1g 1c/12 horas
- LEVOFLOXACINO 500 mg 1c/24 horas
- BISMUTO 240mg 1c/12 horas

CUADRUPLA TERAPIA CON LEVOFLOXACINO 14 DIAS

- OMEPRAZOL 20 mg 1c/12 horas
- METRONIDAZOL 250mg 2c/8-12 horas
- CLARITROMICINA 500 mg 1c/12 horas
- LEVOFLOXACINO 500 mg 1c/24 horas

TERCERA LINEA

Igual que la primera línea, pero intercambiando las pautas: si se ha usado una cuádruple sin bismuto, se pasa a una cuádruple con bismuto, y viceversa.

Igual que la primera línea, pero intercambiando las pautas: si se ha usado una cuádruple sin bismuto, se pasa a una cuádruple con bismuto, y viceversa.

CUARTA LINEA

REMITIR A CONSULTA DE DIGESTIVO PARA ESTUDIO

REMITIR A CONSULTA DE DIGESTIVO PARA ESTUDIO

RECOMENDACIONES GENERALES

- **Informar al paciente** de la necesidad de cambio de hábitos y de las implicaciones de la enfermedad.
- **No debe ingerir alcohol** durante el tratamiento.
- **Evitar la exposición directa al sol** durante el tratamiento (tetraciclinas y metronidazol).
- Durante el tratamiento es posible que aumente el número de deposiciones con menor consistencia, presente molestias abdominales o mal sabor/sabor metálico de boca (metronidazol).

5. ESTREÑIMIENTO

Definición: Dificultad para la evacuación de las heces o emisión de heces de escaso volumen o de consistencia aumentada, evacuación infrecuente, o bien sensación de evacuación incompleta.

ESTREÑIMIENTO

ANAMNESIS Y
EXPLORACIÓN FÍSICA

- **Edad de comienzo de los síntomas.**
- **Comorbilidades que condicionan Estreñimiento:** DM, Parkinson, Hipotiroidismo, IRC, ACV, Enf psiquiátrica, etc.
- **Fármacos:** Opiáceos, AINEs, Antidepresivos tricíclicos, Antiparkinsonianos, Antipsicóticos, Espasmolíticos, Anticolinérgicos, etc.
- **Descripción del síntoma guía (preguntas claves):** ¿En qué consiste el estreñimiento? ¿Se trata de un estreñimiento de aparición reciente o de larga evolución? ¿Cada cuánto realiza una deposición? ¿Cómo son las deposiciones? ¿Existe algún síntoma o antecedente de alarma?

SÍNTOMAS DE ALARMA

- > 55 años
- Pérdida de peso inexplicable
- Sangre o moco en las Heces
- AF de CCR de 1º Grado

NO

SI

¿SOSPECHA DE DISCINERGA
DEL SUELO PELVICO?

SI

REMITIR A CONSULTA DE CIRUGÍA GENERAL

NO

TRANQUILIZAR E INFORMAR
INICIAR MEDIDAS HIGIENICO-DIETÉTICAS

PERSISTEN SÍNTOMAS

SI

1.INICIAR: FIBRA SOLUBLE

2.AÑADIR : LAXANTES OSMÓTICOS

SI

PERSISTEN SÍNTOMAS

PERSISTEN SÍNTOMAS

SI

3.AÑADIR : LAXANTES ESTIMULANTES

PERSISTEN SÍNTOMAS

SI

VALORAR COLONOSCOPIA

NOTA: No precisa Colonoscopias si tiene una reciente menor a 3 años

SEGUN HALLAZGOS

REMITIR A CONSULTA DE
APARATO DIGESTIVO

TRATAMIENTO LAXANTE

FIBRA SOLUBLE

Plantago Ovata, Metilcelulosa, Carboximetilcelulosa, etc.

LAXANTES OSMÓTICOS

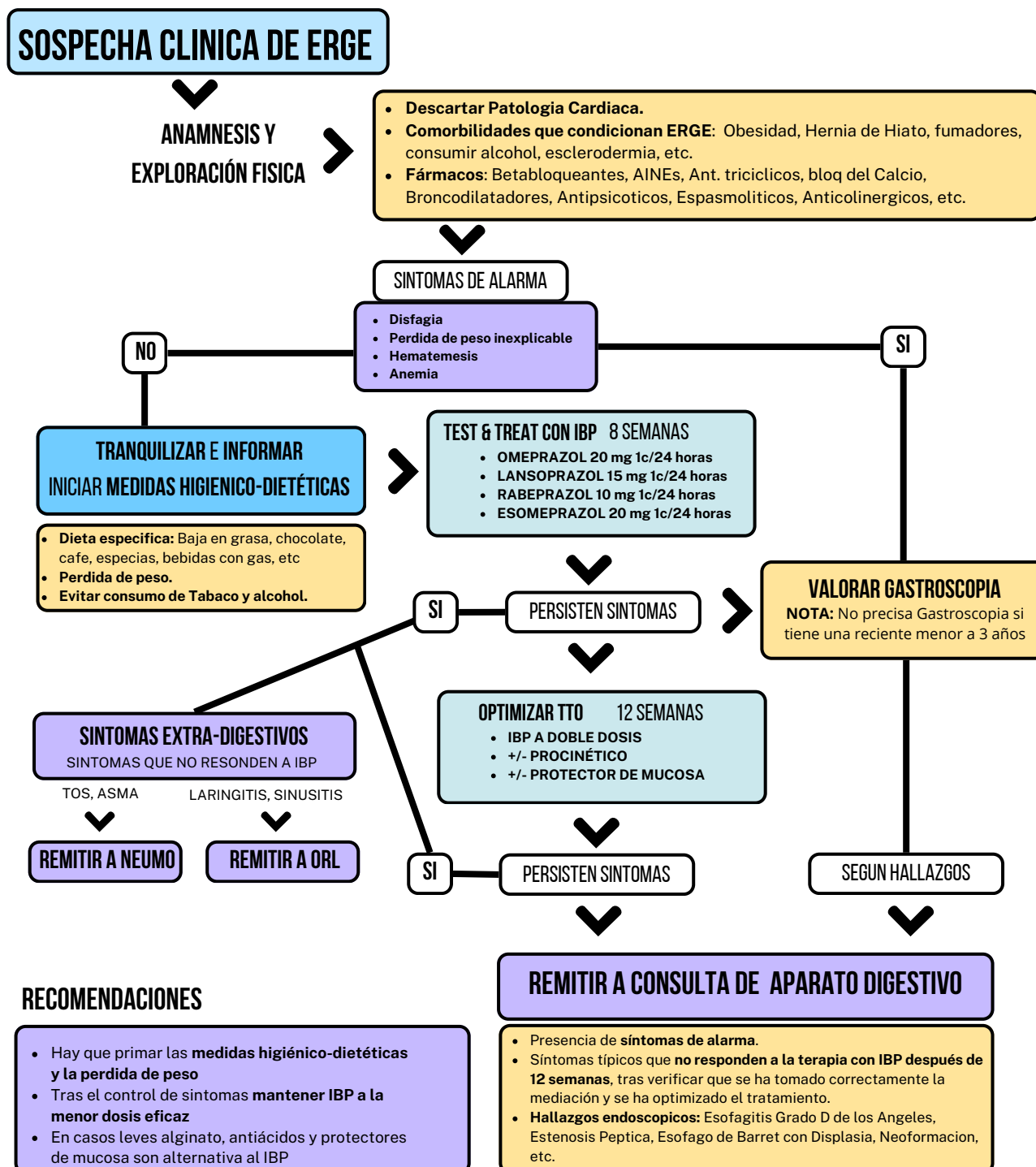
Lactulosa, Lactitol, Polietilenglicol, etc.

LAXANTES ESTIMULANTES

Bisacodilo, Picosulfato, Ducosato sódico

6. REFLUJO GASTRO-ESOFÁGICO (ERGE)

Definición: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se define como aquella condición que ocurre cuando el reflujo del contenido gástrico conduce a la aparición de síntomas. El concepto incluye un amplio abanico de formas clínicas, de manera que la enfermedad puede presentarse con síntomas típicos (pirosis y regurgitación), acompañados o no de lesión mucosa, o bien manifestarse en forma de dolor torácico o de síndrome extraesofágico.



7. DISPEPSIA

Definición: Se entiende por Dispepsia al conjunto de síntomas caracterizados predominantemente por dolor o malestar, localizados en hemiabdomen superior o cuyo origen es atribuible al tracto digestivo superior. Es necesario diferenciar la dispepsia de la sintomatología más sugestiva de reflujo gastroesofágico (pirosis), dado que tiene diferente manejo.

DISPEPSIA ORGANICA:

Dolor o malestar epigástrico, plenitud postprandial o saciedad precoz
CON EVIDENCIA de enfermedad estructural.

DISPEPSIA FUNCIONAL:

Dolor o malestar epigástrico, plenitud postprandial o saciedad precoz
SIN EVIDENCIA de enfermedad estructural.

ESTUDIO DE DISPEPSIA

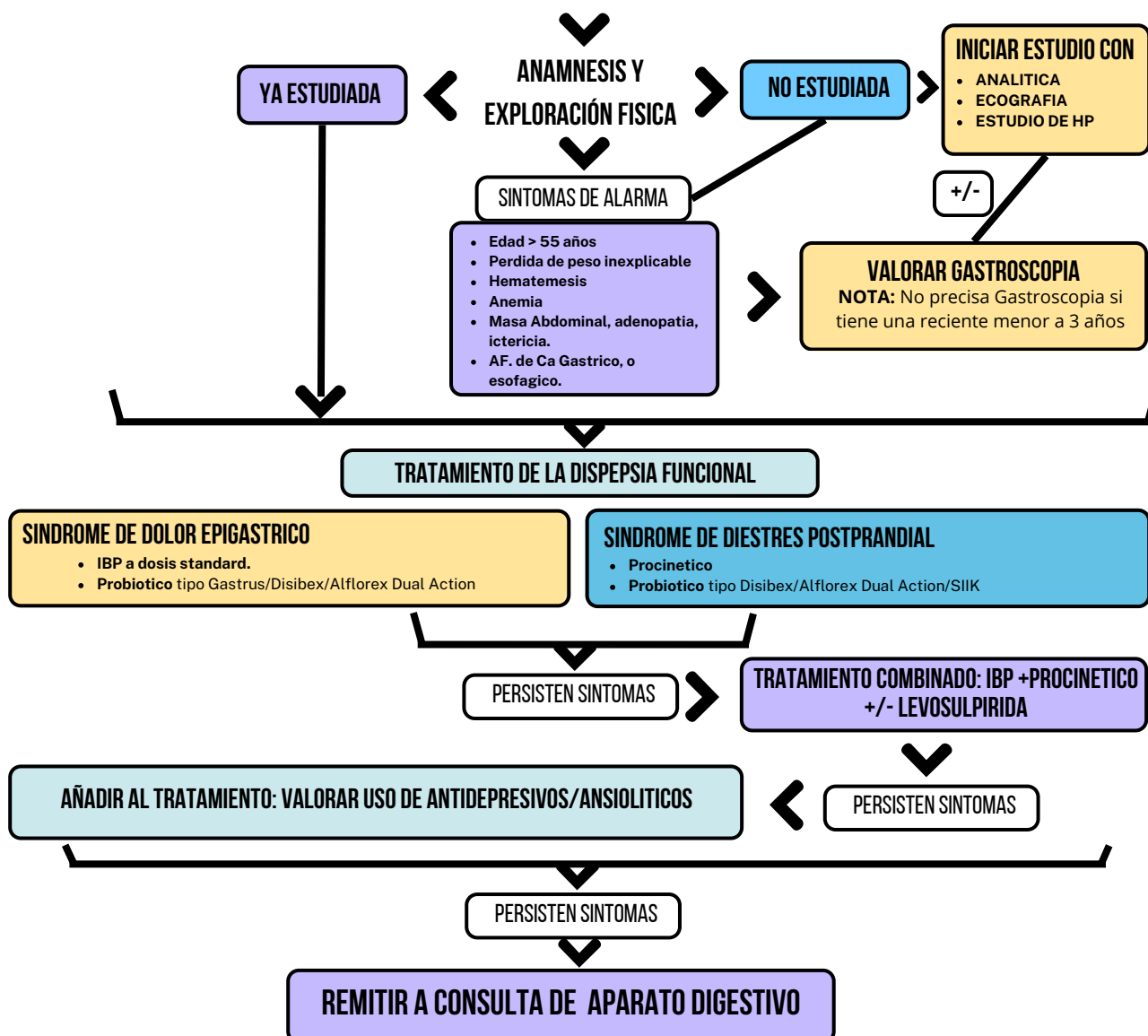
La **sintomatología** debe haberse iniciado **al menos seis meses antes** y haber estado **activa durante 3 o más meses** para cumplir los ROMA IV

SINDROME DE DOLOR EPIGASTRICO

Molestia, dolor o quemazón en epigastrio lo suficientemente intenso como para tener impacto en las actividades diarias, al menos un día o más a la semana.

SINDROME DE DIESTRES POSTPRANDIAL

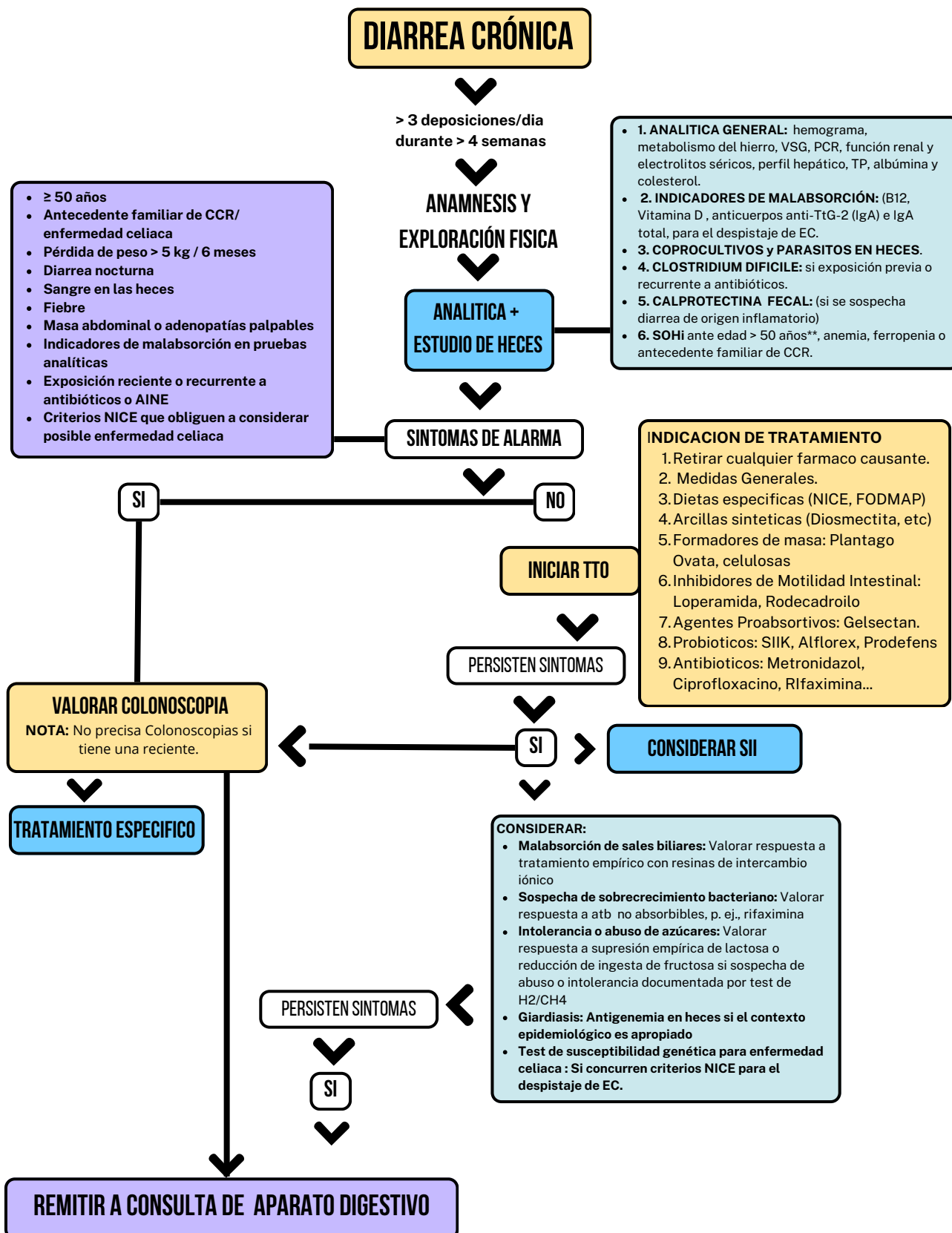
Sensación de plenitud postprandial o saciedad precoz lo suficientemente intensa como para no poder terminar una ración de tamaño normal, al menos tres o más veces a la semana.



8. DIARREA CRÓNICA

Definición: Se considera DIARREA CRÓNICA a la variación significativa del hábito deposicional respecto al previo, definido por un aumento del volumen o la frecuencia (> 3 al día) de las deposiciones, con disminución de la consistencia de las heces (entre tipo 5 y 7 de la escala de Bristol), de más de 4 semanas.

> Diferenciar de la PSEUDODIARREA, entendida como el aumento de la frecuencia deposicional, pero con heces de consistencia normal.



9. SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Definición: El síndrome de intestino irritable es un trastorno funcional digestivo caracterizado clínicamente por la asociación de dolor, distensión abdominal y alteraciones en el hábito deposicional.

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO + 2 de las siguientes:

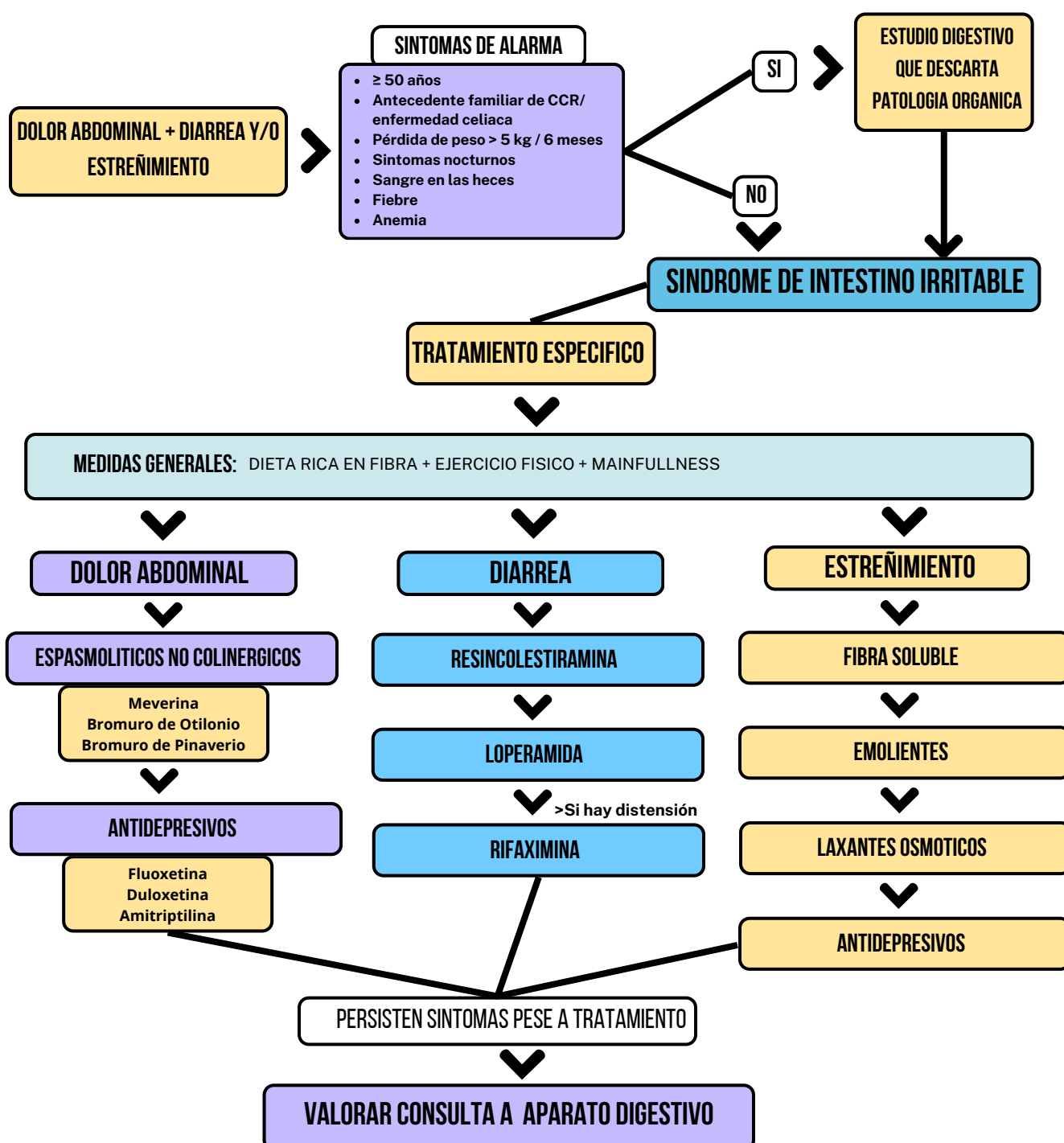
- (1) Se relaciona con la defecación
 - (2) Su comienzo se asocia a un cambio en la frecuencia de las deposiciones
 - (3) Su comienzo se asocia a un cambio en la consistencia de las deposiciones.
- Los síntomas deben estar presentes al menos 1 vez a la semana durante los últimos 3 meses y un comienzo de los síntomas de al menos 6 meses

SII-DIARREA

Un paciente con SII-D es el que, junto con la diarrea, refiere dolor abdominal sin una causa orgánica que justifique la diarrea.

SII-ESTREÑIMIENTO

Un paciente con SII-D es el que, junto con el estreñimiento, refiere dolor abdominal sin una causa orgánica que justifique la diarrea.



10. ALERGIAS ALIMENTARIAS

Definición: Existen diversos conceptos que es necesario diferenciar para poder ofrecer un diagnóstico y tratamiento adecuados: INTOXICACIÓN alimentaria, ALERGIA alimentaria e INTOLERANCIA alimentaria.



11. HALLAZGOS ECOGRÁFICOS DE INTERES

Definición: Resumen de los principales hallazgos ecograficos y su procededer segun el hallazgo.

A	POLIPOS VESICULARES • 70% PSEUDOPOLIPOS: Colesterosis, Inflamatorios, Adenomatosis. • 30% POLIPOS: Benignos y Malignos.	SEGUIMIENTO ANUAL ECOGRAFICO SI > 10 MM ➤REMITIR A CIRUGIA GENERAL
B	QUISTES HEPATICOS SIMPLES	NO PRECISAN SEGUIMIENTO
C	HIPERPLASIA NODULAR FOCAL	SI < 3 CM NO PRECISA SEGUIMIENTO SI > 3 CM Y EDAD FERTIL: SEGUIMIENTO ANUAL ECOGRÁFICO
D	HEMANGIOMA	SI < 5 CM NO PRECISA SEGUIMIENTO SI > 5 CM SEGUIMIENTO BIANUAL ECOGRÁFICO
E	GRANULOMA HEPÁTICO	NO PRECISAN SEGUIMIENTO
F	ADENOMA HEPATICO	REMITIR A CONSULTA DE DIGESTIVO
G	QUISTE HIDATIDIDICO	REMITIR A CONSULTA DE DIGESTIVO
H	LESIONES SOSPECHOSAS DE MALIGNIDAD	REMITIR A CONSULTA DE DIGESTIVO PREFERENTE

12. SEGUIMIENTO DE POLIPOS COLÓNICOS

Seguimiento de pólipos colónicos Simplificado según el Programa Regional de Cribado del Cáncer Colorrectal.

