



Osakidetza

PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE LA

DIVERTICULITIS AGUDA
NO COMPLICADA

52

Donostia Unibertsitate Ospitalea
Hospital Universitario Donostia

PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA
DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA

7 de enero de 2014

Unidad de Comunicación

HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA

Depósito Legal: SS-139-2014

PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE LA
DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA
Y COMPLICADA

Elaboración:

Subdirección Médica:	X. Goikoetxea
Urgencias Generales:	C. Marcellán
Cirugía General:	A. Beguiristain
Hospitalización a Domicilio:	C. Garde
Atención Primaria:	A. J. González
Radiodiagnóstico:	G. Arenaza

Índice

OBJETIVO	4
DEFINICIÓN	4
ACTUACIÓN ANTE LA SOSPECHA DE DIVERTICULITIS AGUDA	4
ELECCIÓN DE LA PRUEBA DE IMAGEN DIAGNÓSTICA.....	4
ESTRATIFICACIÓN DE PACIENTES	5
TRATAMIENTO	6
CRONOGRAMA	7
BIBLIOGRAFÍA.....	8

OBJETIVO

El objetivo de este acuerdo es el manejo protocolizado, siguiendo una vía de actuación, de los pacientes con sospecha de sufrir una diverticulitis aguda, y una vez diagnosticado, el **manejo extrahospitalario de la diverticulitis aguda no complicada o con absceso menor a 3 cm**. Ha sido basado en la Evidencia Médica actual y siguiendo recomendaciones de Uptodate.

DEFINICIÓN

Se define como **diverticulitis aguda no complicada** la existencia de inflamación de la pared del colon secundaria a un proceso mórbido ocasionado en un divertículo adyacente y en ausencia de perforación intestinal, obstrucción intestinal, absceso o fístula y ausencia de sepsis.

Se ha demostrado que las diverticulitis con pequeños abscesos adyacentes de menos de 3cm pueden ser manejadas como una no complicada.

ACTUACIÓN ANTE LA SOSPECHA DE DIVERTICULITIS AGUDA

La diverticulitis aguda, especialmente la de colon izquierdo, es una causa frecuente de dolor abdominal. El diagnóstico se realiza mediante sospecha clínica basada en **los antecedentes personales, la historia clínica y la exploración física**.

Solicitaremos las siguientes pruebas diagnósticas:

- Bioquímica: incluida GPT y lipasa si barajamos otras posibilidades diagnósticas
- Hemograma y coagulación
- ECG
- Rx de tórax y abdomen si lo creemos necesario para establecer diagnósticos diferenciales.
- Prueba de imagen ECO / TAC. Con ella obtendremos el diagnóstico y descartaremos la presencia de complicaciones.

ELECCIÓN DE LA PRUEBA DE IMAGEN DIAGNÓSTICA

- La prueba de imagen diagnóstica inicial ante la sospecha de diverticulitis aguda será la **Ecografía abdominal**
- En los siguientes casos se realizará **un TAC**:
 - Pacientes que presenten en la valoración inicial de urgencias signos y/o síntomas de obstrucción intestinal, dolor abdominal generalizado a la palpación con signos de irritación del peritoneo y/o criterios de sepsis.

- Pacientes en los que creemos necesario realizar el diagnóstico diferencial con patología vascular (disección, aneurisma o fenómeno isquémico agudo abdominal).
- Pacientes muy obesos, por su dificultad intrínseca para la valoración ecográfica.
- Pacientes que presenten en la ecografía una colección líquida (abcesos).
- Pacientes ingresados en la Unidad de Observación con diagnóstico ecográfico de diverticulitis no complicada y que no presentan una buena evolución clínica.
- A los pacientes que el radiólogo considere oportuno dado los hallazgos ecográficos.

ESTRATIFICACIÓN DE PACIENTES

Los pacientes diagnosticados de **diverticulitis aguda no complicada o con un absceso paracólico menor a 3 cm** quedarán ingresados en la **Unidad de Observación** y serán estratificados en dos grupos:

- **Pacientes candidatos de alta a domicilio, con tratamiento oral.**
 - Pacientes con diverticulitis aguda no complicada, menores de 80 años*, **sin factores de riesgo****, que vivan acompañados y tengan una situación socioeconómica y familiar que garanticen el tratamiento.
- **Pacientes candidatos a ingreso en el servicio de Hospitalización a Domicilio.**
 - Pacientes con diverticulitis aguda no complicada, menores de 80 años*, **con factores de riesgo**** (sin descompensación), que vivan acompañados y tengan una situación socioeconómica y familiar que garantice el tratamiento.
 - Pacientes con diverticulitis aguda y un absceso adyacente a la diverticulitis menor de 3 cm.

Los pacientes diagnosticados de **diverticulitis aguda complicada** (salvo los abscesos menores a 3 cm adyacentes al proceso inflamatorio), o que no cumplan los criterios anteriores serán ingresados en el **Servicio de Cirugía General**, avisando al cirujano de guardia en caso de que la situación clínica y/o los hallazgos radiológicos así lo requieran.

Los pacientes que van a ser dados de alta con antibiótico oral y los que ingresan en Hospitalización a domicilio han de presentar durante su estancia en observación una buena tolerancia oral a líquidos claros y una mejora en el dolor.

Los pacientes que sean dados de alta con tratamiento oral serán revisados de forma precoz en 48-72 horas por su médico de familia. En caso de empeoramiento clínico volverán al servicio de urgencias.

* Aunque la edad límite es de 80 años, los pacientes con edades limítrofes serán valoradas individualmente.

** Factores de riesgo: diabetes mellitus, toma de inmunosupresores (incluidos los corticoides orales), insuficiencia renal, neoplasia activa, cirrosis hepática.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la diverticulitis aguda tiene tres partes:

- **Dieta:** Inicialmente dejaremos al paciente a dieta absoluta con sueros intravenosos. Al día siguiente, tras revalorar la situación clínica y si ésta es buena, iniciaremos dieta oral con líquidos claros. Los pacientes dados de alta, tanto con tratamiento antibiótico oral, como con tratamiento i.v. por parte de Hospitalización a Domicilio mantendrán esta dieta con líquidos claros durante tres días (adjuntar al alta la hoja de recomendaciones). Los pacientes que no presenten tolerancia oral, ya sea por vómitos o por dolor intenso requerirán ingreso en planta a cargo de Cirugía General.
- Tratamiento sintomático: **Analgésicos** i.v. (Preferentemente paracetamol y/o metamizol) y **Antieméticos** i.v....., si náuseas o vómitos. Al alta a domicilio serán sustituidos por presentación oral.
- **Antibioterapia:**
 - Paciente con diverticulitis aguda no complicada sin factores de riesgo, **Candidatos a tratamiento oral** ambulatorio.
 - **Amoxicilina /ac. clavulánico** 1 g/125mg i.v..... cada 8 horas en Observación. Al alta será sustituido por amoxicilina/ac. clavulánico 875/125 v.o. cada 8 horas, durante 10 días.
 - **Ciprofloxacino** 400 mg i.v..... cada 12 horas **más metronidazol** 500 mg i.v..... cada 8 horas en Observación. Al alta serán sustituidos por ciprofloxacino 500 mg v.o. cada 12 horas **más metronidazol** 500 mg v.o. cada 8 horas, durante 10 días.
 - Pacientes con diverticulitis aguda no complicada con algún factor de riesgo, o con diverticulitis aguda con un absceso menor a 3 cm, con o sin factores de riesgo. **Candidatos a ingreso en Hospitalización a Domicilio.**
 - **Ertapenem** 1 g IV cada 24 horas durante 5-7 días completando la pauta con medicación oral hasta los 10 días.
 - En alérgicos se podía utilizar levofloxacino 500 mg i.v. cada 24 horas más metronidazol 500 mg v.o. cada 8 horas durante 5-7 días completando la pauta con medicación oral hasta los 10 días.

CRONOGRAMA

1. El paciente es diagnosticado en el servicio de Urgencias de diverticulitis aguda no complicada (con prueba de imagen ECO y/o TAC) o con un absceso menor de 3 cm (si el absceso se diagnostica por ecografía es obligatorio hacer TAC).
2. Ingreso del paciente en la Unidad de Observación de Urgencias.
3. Se instaura el tratamiento pertinente según este protocolo.
4. Si la evolución en la Unidad de Observación no es la adecuada se valorará realizar TAC abdominal, si no se ha realizado con anterioridad.
5. Cuando un paciente cumpla criterios de ingreso en el servicio de Hospitalización a Domicilio, se avisará a dicho servicio a la mañana siguiente, lo antes posible.
6. Se decidirá el destino del paciente según todo lo descrito en apartados anteriores.
 - a. Los pacientes que ingresen en Hospitalización a Domicilio serán dados de alta con la hoja adjunta de instrucciones de dicho servicio y la hoja de recomendaciones de diverticulitis aguda.
 - b. Los pacientes dados de alta con medicación oral serán dados de alta con la hoja de recomendaciones de diverticulitis aguda. Serán seguidos clínicamente por su Médico de Familia.
7. Los siguientes casos requerirán control especializado posterior:
 - Los pacientes que presentan un absceso menor de 3 cm serán citados a consulta de cirugía colorectal por parte del servicio de Hospitalización a Domicilio.
 - El seguimiento de los pacientes dados de alta con tratamiento oral, así como los que terminen tratamiento con Hospitalización a Domicilio serán controlados por su médico de familia que pedirá cita con Cirugía General (Unidad Colorectal) en los siguientes casos:
 - El episodio actual es una recidiva de otro anterior sufrido hace menos de 3 meses
 - El episodio actual es el tercer episodio de diverticulitis aguda
 - La cita con cirugía se solicitará para 4-5 semanas después del episodio de diverticulitis

BIBLIOGRAFÍA

UpToDate.Treatment of acute diverticulitis

Authors: Tonia Young-Fadok, MD. John H Pemberton, MD

Section Editor: Martin Weiser, MD

Deputy Editor: Rosemary B Duda, MD, MPH, FACS

Literature review current through: Dec 2013. | This topic last updated: dic 27, 2013.

Clinical manifestations and diagnosis of acute diverticulitis in adults

Authors: John H Pemberton, MD. Tonia Young-Fadok, MD

Section Editor: J Thomas LaMont, MD

Deputy Editor: Shilpa Grover, MD, MPH

Literature review current through: Dec 2013. | This topic last updated: dic 2, 2013.

Fecha de la actualización 14-01-2014