



Resolución Directoral

Callao, 10 de Octubre de 2024

VISTO:

El Memorando N° 489-2023-DM-HNDAC, de fecha 31 de octubre de 2024, emitido por el Departamento de Medicina; el Memorando N° 22-2023-HNDAC-EMATERGT, de fecha 08 de noviembre de 2023, emitido por el Coordinador General del Comité de Gestión de Guías – EMATERGT; el Informe N° 267-2023-HN.DAC-C-OADI, de fecha 10 de noviembre de 2023, emitido por la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación; el Memorando N° 1253-2024-HNDAC-C-OEPE/EO, de fecha 17 de setiembre de 2024, emitido por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y el Informe N° 827-2024-OAJ-HNDAC, de fecha 25 de setiembre de 2024, emitido por la Oficina de Asesoría Jurídica, y;

CONSIDERANDO:

Que, el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrion, es un Hospital Nacional Categoría III-1 perteneciente a la Región Callao, que brinda atención de salud con la finalidad de recuperar la confianza y satisfacción de los pacientes mejorando la calidad de vida con eficiencia y calidad, contando con un equipo humano calificado que desarrolla actividades de docencia e investigación;

Que, el Titular de la Entidad es la máxima autoridad ejecutiva, de conformidad con las normas de organización interna de la Entidad. Es decir, el Titular de la Entidad es el funcionario al que las normas de organización interna de una Entidad señalen como la más alta autoridad ejecutiva de dicha Entidad;

Que, el numeral VI del título Preliminar de la Ley N°26842, Ley General de salud y modificatorias, señala que es responsabilidad del estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptable de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, además con la Resolución Ministerial N°826-2021/MINSA de fecha 05 de julio del 2021, se resuelve aprobar el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuya finalidad es fortalecer el rol de Rectoría Sectorial del Ministerio de Salud (ANS) a través de sus Direcciones u Oficinas Generales, Órganos Desconcentrados y Organismos Públicos Adscrito; cuyo Objetivo General consiste en establecer las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos, que expide el Ministerio de Salud, en el marco de sus funciones rectoras;

Que, con la Resolución Ministerial N°302-2015/MINSA, se aprobó la NTS N°117-MINSA/DGSP-V01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", cuya finalidad es estandarizar los procesos de elaboración y el uso de Guías de Práctica Clínica que aprueba el Ministerio de Salud. Además, el ámbito de aplicación de la citada norma Técnica, se circunscribe entre otros a las Direcciones Regionales



de Salud, las Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces, y por los establecimientos de salud a su cargo, así como otros prestadores de servicios de salud públicos;

Que, asimismo, mediante Resolución Ministerial N°414-2015/MINSA, el Ministerio de Salud aprobó el Documento Técnico: "Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica", cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud, con énfasis en la eficacia, efectividad y seguridad, a través de la formulación de guías de Prácticas Clínicas que respondan a las prioridades nacionales, regionales y/o locales;

Que, por otro lado, el artículo 5° del Decreto Supremo N°013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo establece que "los establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo para dar inicio a sus actividades deben contar con un reglamento interno y otros documentos de gestión (...). Además, deben contar, en cada área, unidad o servicio, con manuales de procedimientos, guías de práctica clínica referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad y otros que sean necesarios, según sea el caso";

Que, cabe precisar que el numeral 61.2° del artículo 61° de la Ley N°27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General, establece que toda Entidad es competente para realizar las tareas materiales internas necesarias para el eficiente cumplimiento de su misión y objetivos, así como para la distribución de las atribuciones que se encuentran comprendidas dentro de sus competencias;

Que, con el Informe N° 489-2023-DM-HNDAC, de fecha 31 de octubre de 2023, el Departamento de Medicina, remite a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, GUIA PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA EN EL HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRIÓN";

Que, con Memorando N° 22-2023-HNDAC-EMATERGT, de fecha 08 de noviembre de 2023, el Coordinador General del Comité de Gestión de Guías – EMATERGT, concluye que la Guía si cuenta con información y las diferentes secciones contempladas para la versión final según el "Modelo de Estructura de Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica" de la N° 117-MINSA/DGSP-V.01 NORMA TECNICA DE SALUD PARA LA ELABORACIÓN Y USO DE GUIAS DE PRACTICA CLINICA DEL MINISTERIO DE SALUD. Por lo tanto, sugiere la aprobación de la actual versión por la oficina o dirección correspondiente;

Que, con el Informe N° 267-2023-HN.DAC-C-OADI, de fecha 10 de noviembre de 2023, la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, remite a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, la Opinión Técnica referente a la revisión y validación del Proyecto de "Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Manejo de la Enfermedad Diverticular del Colon", elaborado por el Servicio de Gastroenterología del Departamento de Medicina; Para conocimiento y Trámites pertinentes;

Que, con Memorando N°1253-2024-HNDAC-C-OEPE-EO, de fecha 17 de setiembre de 2024, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico se dirige a esta Oficina; en la que concluye estando conforme a la versión final se remite el Proyecto de Guía de Práctica Clínica para el Manejo de la Enfermedad Diverticular del Colon del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Departamento de Medicina – Servicio de Gastroenterología para su revisión y aprobación a través de una Resolución Directoral;

Que, a través del Informe N° 827-2024-OAJ-HNDAC, de fecha 25 de setiembre de 2024, la Oficina de Asesoría Jurídica, concluye que es viable aprobar el "Guía de Práctica Clínica para el Manejo de la Enfermedad Diverticular del Colon del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Callao", considerando que la citada Guía tiene como objetivo determinar de manera precisa y sencilla el diagnóstico de diverticulosis, diverticulitis aguda, sangrado diverticular y Gitis asociada a divertículos.





Resolución Directoral

Callao, 10 de Octubre de 2024



De conformidad con lo dispuesto mediante la Resolución Gerencial General Regional N° 004-2023-Gobierno Regional del Callao -GGR, de fecha 19 de enero de 2023, mediante la cual se designan como Directora General de la Unidad Ejecutora 401 del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, las facultades y atribuciones conforme a los literales c) y j) del Artículo 8° del Reglamento de Organización de Funciones del HNDAC, aprobado por Ordenanza Regional N° 000006 del Gobierno Regional Callao, y con el Visto de la Oficina Ejecutiva de Administración, el Departamento de Medicina, la Dirección Adjunta de Gestión Clínica, la Dirección Adjunta de Gestión en la Producción de Servicios de Salud, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y la Oficina de Asesoría Jurídica;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- APROBAR la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de la Enfermedad Diverticular del Colon del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Callao, GPC-001-2024-HNDAC-DM-SG, versión N°01, contenido en Diecisiete (17) folios, adverso y reverso de ambas caras del documento anexo se adjunta y forma parte de la presente Resolución.

ARTÍCULO 2°.- NOTIFICAR la presente Departamento de Medicina y a las instancias administrativas correspondientes, para su ejecución, cumplimiento y los fines pertinentes.

ARTÍCULO 3°.- PUBLICAR la presente Resolución en el Portal Institucional del Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión" (www.hndac.gob.pe).

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
Dra. ELENA DEL ROSARIO FIGUEROA COZ
Directora General
C.M.P. 22423 R.N.E. 12837





GOBIERNO REGIONAL CALLAO

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
"Decenio de la Igual de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACION DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO



DOCUMENTO TECNICO:

GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION – CALLAO



M.S. TAPIA G

DEPARTAMENTO DE MEDICINA – SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA



Código del Documento Normativo	Versión	Resolución de Aprobación	Fecha de Aprobación
GPC-001-2024-HNDAC-DM-SG	V.01	R.D. N° 434 -2024-HNDAC-DG	10/10/2024




J. BURGOS H.



P. CASTILLO



FEDATARIA

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC – 001-2024-HNDAC-DM-SG
	PARA EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION	Versión N° 01
		Página 2 de 17

Elaborado por: DM-SG: M.C. Víctor Suyo Zevallos
M.C. Jaime Fustamante Flores


Revisado por: DAGC MC. Jorge Giovanni Burgos Miranda
DAGPSS MC. Pedro Castillo Abad
DM MC. María Luisa Castañeda Núñez
EMATERGR
OEPE Ing. Cesar Augusto Tapia Gil
OEA (e) Ing. Cesar Augusto Tapia Gil
OAJ Abog. Víctor Rafael Valqui Chuquizuta



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
CERTIFICO: que el presente es copia fiel del original

11 OCT. 2024


Manuela Sothy Radahelly Quevedo
FEDATARIA

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC – 001-2024-HNDAC-DM-SG
	PARA EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD DIVERTIULAR DEL COLON EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION	Versión N° 01
		Página 3 de 17

INDICE

	PAG.
I. FINALIDAD	5
II. OBJETIVO	5
III. ÁMBITO DE APLICACIÓN	5
IV. PROCESO A ESTANDARIZAR	5
4.1 Nombre y Código	
V. CONSIDERACIONES GENERALES	5
5.1 Definición y Siglas	5
5.2 Etiología	6
5.3 Fisiopatología	6
5.4 Aspectos Epidemiológicos	7
5.5 Factores de Riesgo Asociados	7
VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS	7
6.1 CUADRO CLÍNICO	7
6.2 DIAGNÓSTICO	8
6.2.1 Diagnóstico Diferencial	
6.3 EXÁMENES AUXILIARES	9
6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA	9
6.4.1 Medidas Generales, Especificas y Preventivas	9
6.4.2 Efectos Adversos del Tratamiento	11
6.4.3 Signos de Alarma	11
6.4.4 Criterios de Alta	11
6.4.5 Pronostico	11
6.5 COMPLICACIONES	12
6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	12
6.7 FLUJOGRAMA	13
Flujograma N° 1: Manejo de Sangrado Diverticular	13

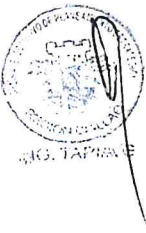



	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC – 001-2024-HNDAC-DM-SG
	PARA EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD DIVERTIULAR DEL COLON EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION	
		Versión N° 01
		Página 4 de 17

Flujograma N° 2: Diagnostico de Diverticulitis	14
Flujograma N° 3: Manejo de Diverticulitis Aguda	15

VII. ANEXOS	16
--------------------	-----------

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17
---	-----------



	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC – 001-2024-HNDAC-DM-SG
	PARA EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION	Versión N° 01
		Página 5 de 17

I. FINALIDAD

La presente Guía de Práctica Clínica tiene como finalidad proporcionar una herramienta sencilla, organizada y basada en evidencia sobre el Diagnóstico y Manejo de la Enfermedad Diverticular del Colon.

II. OBJETIVO

- Determinar de manera precisa y sencilla el diagnóstico de diverticulosis, diverticulitis aguda, sangrado diverticular y colitis asociada a divertículos
- Proporcionar una herramienta basada en evidencias para el manejo de diverticulosis, diverticulitis aguda, sangrado diverticular y colitis asociada a divertículos

III. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía de Práctica Clínica está dirigida para médicos internistas, emergenciólogos y para médicos gastroenterólogos.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

4.1. NOMBRE Y CODIGO CIE 10:

Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diverticular de Colon:

- K52.2 Diverticulitis de intestino grueso sin perforación ni absceso
- K52.3 Enfermedad diverticular de colon sin perforación ni absceso

V. CONSIDERACIONES GENERALES

DEFINICIONES Y SIGLAS


5.1. DEFINICION

Se define a la enfermedad diverticular del colon como la presencia de pseudodivertículos en un segmento o en la totalidad del colon

DEFINICION DE ELEMETOS CLINICOS BASICOS:

- **Divertículo:** Pequeñas bolsas o sáculos que protruyen desde la luz del intestino hacia el exterior de éste.
- **Pseudodivertículo:** Incluyen solamente mucosa, submucosa y serosa
- **Diverticulosis:** Presencia de divertículos en colon sin síntomas



	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC – 001-2024-HNDAC-DM-SG
	PARA EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD DIVERTIULAR DEL COLON EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION	Versión N° 01
		Página 6 de 17

- **Enfermedad Diverticular del Colon Sintomática No Complicada:** presencia de divertículos colónicos con síntomas, sin complicaciones
- **Enfermedad Diverticular de Colon Complicada:** incluye la diverticulitis aguda, colitis segmentaria asociada a divertículos y hemorragia diverticular
- **Diverticulitis Aguda:** La inflamación de un divertículo conduce a la diverticulitis
- **Hemorragia Diverticular:** sangrado cuyo origen es un divertículo
- **Colitis Segmentaria Asociada a Divertículos:** Inflamación segmentaria inespecífica en un colon sigmoide que presenta múltiples divertículos

SIGLAS:

- HDB: Hemorragia Digestiva Baja
- RCP: Reanimación Cardiopulmonar
- TGI: Tracto Gastrointestinal
- UCI: Unidad de Cuidados Intensivos



5.2. ETIOLOGIA

No existe etiología única conocida, pero se han identificado diversos factores de riesgo:

- ✓ **Edad:** presente en un 65% en personas entre 70-80 años, y un 5-10% en menores de 40 años
- ✓ **Tipo de alimentación:** Las dietas bajas en fibra, predisponen a la formación de divertículos
- ✓ **Estreñimiento:** El aumento del tono del músculo circular, condiciona un incremento en la presión intraluminal que puede favorecer la aparición de divertículos

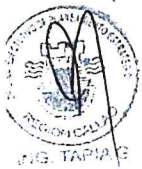
5.3. FISIOPATOLOGIA:


▪ **ALTERACIONES MOTORAS**

Existe un fenómeno que ocurre como resultado de un aumento de la presión intracolónica en ciertas áreas del colon y que se denomina segmentación. Se caracteriza por contracciones musculares intensas de la pared del colon, elevando la presión de las cámaras individuales transitoriamente por encima de los valores de presión hallados en la luz del colon no segmentado

▪ **DEBILIDAD DE LA PARED COLONICA**

Al penetrar en la pared intestinal, los vasos rectos crean áreas de debilidad, en especial en la zona comprendida entre la tenia mesentérica y las dos tenias anti mesentéricas, a través de las cuales



	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC – 001-2024-HNDAC-DM-SG
	PARA EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION	Versión N° 01
		Página 7 de 17

pueden herniarse porciones de la mucosa y submucosa colónicas (cubiertas de serosa) y dar como resultado los divertículos

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

En el mundo se reportan diferentes cifras, dependiendo de la región geográfica y del grupo de edad que se estudie, llegando a 60% en personas mayores de 70 años y 65% a los 80 años.

Existe un grupo en pacientes menores de 40 años en donde la frecuencia se estima de 5 a 10%. La enfermedad diverticular es más frecuente en EUA, Europa y Australia. Desafortunadamente, no hay evaluaciones recientes y no sabemos si la frecuencia de la enfermedad diverticular permanece sin cambios.

La diverticulitis es la complicación más común de la diverticulosis: ocurre en alrededor del 5% de los pacientes con divertículos.

Se estima que el 15% de los pacientes con diverticulosis sangrarán en algún momento de sus vidas.

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Edad avanzada, dieta baja en fibra, estreñimiento

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1. CUADRO CLINICO

- **DIVERTICULOSIS:**

Cursa Asintomática


- **ENFERMEDAD DIVERTICULAR SINTOMATICA NO COMPLICADA**

Pueden presentar dolor abdominal de localización hipogástrica y en hemiabdomen izquierdo, alteración del hábito intestinal, estreñimiento o flatulencia. El cuadro es superponible al SII

- **DIVERTICULITIS:**

Depende de la gravedad de la inflamación y de la presencia de complicaciones. El dolor abdominal es el síntoma más común. El dolor generalmente se encuentra en el cuadrante inferior izquierdo debido a la afectación del colon sigmoide. El dolor suele ser constante. También puede asociarse a náuseas y vómitos (del 20 al 60% de los pacientes), debido a obstrucción intestinal o íleo paralítico por la irritación peritoneal. En el 20% de los pacientes puede palparse una masa dolorosa debido a la inflamación peri colónica o un absceso peri diverticular. Los pacientes pueden tener signos peritoneales localizados con protección localizada, rigidez y sensibilidad de rebote. Aproximadamente, el 10-15% de los pacientes con diverticulitis aguda tienen urgencia urinaria, frecuencia o disuria debido a la irritación de la vejiga



	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC – 001-2024-HNDAC-DM-SG
	PARA EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION	Versión N° 01
		Página 8 de 17

▪ **HEMORRAGIA DIVERTICULAR:**

El sangrado diverticular suele ser abrupto, indoloro y de gran volumen, el 33% es masivo. A pesar de esto, el sangrado se detiene espontáneamente en el 70-80% de los casos

▪ **COLITIS SEGMENTARIA ASOCIADA A DIVERTICULOS:**

Suelen presentar sangrado rectal; algunos presentan diarrea y/o dolor abdominal. Es importante el hecho de que este proceso suele ser benigno y autolimitado

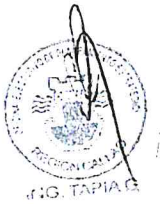
6.2. DIAGNOSTICO


- **DIVERTICULOSIS:** Se encuentran durante la realización de las colonoscopias.
- **ENFERMEDAD DIVERTICULAR SINTOMATICA NO COMPLICADA:** El diagnóstico es de exclusión ante la presencia de la clínica anteriormente descrita, junto a la existencia de divertículos, habiendo descartado otras causas que provoquen los síntomas
- **DIVERTICULITIS:** Su diagnóstico de presunción se realiza por la clínica. Hallazgos de laboratorio tales como leucocitosis neutrofílica pueden apoyar el diagnóstico. Las radiografías de tórax y abdomen contribuyen a descartar signos de complicación tales como obstrucción y neumoperitoneo. La ecografía abdominal en centros de alto nivel puede ser de elevado rendimiento, evitando el coste y la radiación, permitiendo además determinar complicaciones. El enema con bario no se recomienda.

La TC abdominal con contraste oral e intravenoso establece el diagnóstico y las complicaciones, al tener una alta sensibilidad y especificidad para diverticulitis aguda y, además, permite excluir otras causas de dolor abdominal. Son hallazgos radiológicos sugestivos la presencia de engrosamiento mural mayor de 4 mm, el aumento de la densidad tisular de la grasa peri cólica secundaria a la inflamación, así como la presencia del divertículo colónico. La tomografía nos permite determinar la severidad de la enfermedad mediante la clasificación de Hinchey modificada: Estadio 0: diverticulitis clínicamente leve. Estadio Ia: Inflamación peri cólica confinada y flemón. Estadio Ib Formación de absceso < 5 cm en la vecindad del proceso inflamatorio primario. Estadio II: Absceso intraabdominal, pélvico o retroperitoneal, absceso distante del proceso inflamatorio primario. Estadio III: Peritonitis purulenta generalizada. Estadio IV: Peritonitis fecaloidea generalizada.

La colonoscopia está contraindicada durante el episodio agudo, debido al riesgo de perforación; se realizará tras al menos 6-8 semanas desde la recuperación de la diverticulitis, con objeto de identificar la presencia de divertículos y descartar una neoplasia de colon

- **HEMORRAGIA DIVERTICULAR:** Una vez estabilizado hemodinámica mente el paciente y descartados otros orígenes del sangrado, la colonoscopia puede resultar tanto diagnóstica como terapéutica si se logra localizar el punto de sangrado. En caso contrario, serían útiles las siguientes técnicas radiológicas: Arteriografía. Requiere un débito activo de al menos 0,5-1 ml/minuto. No necesita preparación colónica previa, pero sí el uso de contraste radiológico.



	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC – 001-2024-HNDAC-DM-SG
	PARA EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD DIVERTIULAR DEL COLON EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION	Versión N° 01
		Página 9 de 17

Puede permitir el tratamiento de la hemorragia. Gammagrafía con hematíes marcados. Precisa de un débito de 0,1 ml/minuto, siendo más sensible que la anterior. No permite, sin embargo, identificar el punto de sangrado con exactitud ni combinarlo con el tratamiento.TC con contraste. Precisa de débitos de entre 0,2-0,5 ml/minuto.

6.2.1. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- **DIVERTICULITIS AGUDA:** Síndrome de intestino irritable, enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer de colon o ginecológico, apendicitis aguda, colitis infecciosa o isquémica, emergencias ginecológicas, cistitis, litiasis urinaria.
- **HEMORRAGIA DIVERTICULAR:** Angiodisplasia, hemorroides, neoplasias, isquemia, enfermedad inflamatoria intestinal

6.3. EXAMENES AUXILIARES:


- **De la patología clínica:** hemograma completo, PCR, creatinina
- **Colonoscopia completa:** modalidad de elección, altamente sensible y específica para la localización de lesiones del colon. Además, la endoscopia terapéutica puede conseguir la hemostasia y prevenir sangrado recurrente. No se realiza en episodios de diverticulitis
- **Tomografía abdominal con contraste:** método de elección para diagnóstico de diverticulitis.
- **Otros test diagnósticos:** ecografía abdominal, angiografía, gammagrafía con hematíes marcados

6.4 MANEJO DE ACUERDO AL NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. MEDIDAS GENERALES, ESPECIFICAS Y PREVENTIVAS:

- a. **Consultorio Externo:** todo paciente con sospecha de hemorragia diverticular o diverticulitis debe ser referido al servicio de emergencia para valoración del estado hemodinámico y la severidad del evento a fin de determinar el manejo más adecuado. La diverticulosis: no precisa tratamiento farmacológico, se puede aconsejar aumento de la ingesta de fibra, no existe base lógica para excluir de la dieta semillas, nueces, maíz o palomitas, pues no se ha demostrado que su consumo aumente el riesgo de complicaciones
- b. **Emergencia:** en principio todo paciente con hemorragia diverticular debe ser hospitalizado. Debe permanecer en un área de atención de emergencia hasta que se realicen los procedimientos diagnósticos, terapéuticos médicos o quirúrgicos.
 - **Se realizara la valoración del estado hemodinámica y resucitación:** las medidas de reanimación se deben realizar en todo paciente con inestabilidad hemodinámica (shock, ortostatismo, caída del hematocrito en al menos 6%, FC en reposo >110, oliguria o anuria por 2-3 horas, PA que disminuye >10mmHg de decúbito a sentado, FC que aumenta más



	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC – 001-2024-HNDAC-DM-SG
	PARA EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD DIVERTIULAR DEL COLON EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION	Versión N° 01
		Página 10 de 17

de 10 a 20 por minuto, requerimiento de 2U de paquete globular, plasma, plaquetas o crioprecipitado) o sangrado activo, dentro de una sala de RCP básica o avanzada.

- ✓ Dos catéteres venosos periféricos de gran calibre (18 o más) o catéter venoso central deberían colocarse para tener acceso venoso, para la administración e cristaloides y/o expansores plasmáticos.
- ✓ Deberían ser transfundidos para mantener el hematocrito por encima de 21%
- ✓ Pacientes con sangrado activo y coagulopatía (TP prolongado INR>1.5, plaquetas <50000) deberían ser transfundidos con plasma fresco congelado y plaquetas respectivamente
- ✓ Se realizará colonoscopia completa dentro de las 24 horas y con el paciente hemodinámicamente estable, si es posible la localización del punto de sangrado se puede practicar hemostasia con el uso combinado de clips hemostáticos y escleroterapia como medida más eficaz, con altas tasas de éxito. La angiografía es una alternativa a la colonoscopia cuando esta no consigue identificar el sangrado o es terapéuticamente ineficaz.
Si la hemorragia no se controla, se recurrirá a la cirugía, buscando de preferencia una resección segmentaria.




- c. **DIVERTICULITIS:** el tratamiento de la diverticulitis depende de la severidad de acuerdo con la clasificación de Hinchey modificada. Los criterios de ingreso hospitalario son: diverticulitis complicada (a partir de Hinchey Ib) o no complicada en enfermos mayores de 80 años, con comorbilidades significativas o inmunodepresión, o que presenten sepsis, intolerancia a la ingesta oral y/o fracaso del tratamiento domiciliario.

Como medidas generales, se recomienda una dieta con líquidos claros durante la fase aguda de la diverticulitis no complicada, y esta se debe progresar conforme los síntomas mejoren. Además, es importante el manejo del dolor con analgésicos tipo acetaminofén y/o opioides, asociados a antiespasmódicos, de acuerdo a sintomatología.

Los antibióticos deben ser usados selectivamente en casos de pacientes inmunocompetentes con diverticulitis no complicada (Hinchey 0 y Ia), ya que no se ha demostrado beneficio en reducir la duración de la enfermedad o la recurrencia. Se recomienda el tratamiento con antibióticos en pacientes con diverticulitis no complicada que tienen comorbilidades, algún tipo de inmunosupresión, que se presentan con síntomas refractarios o vómitos, o que tienen PCR > 140 mg/L o leucocitos > 15000, o que presentan una colección fluida en la tomografía.

Cuando se opta por tratamiento con antibióticos, este debe ser durante 7-10 días Las pautas más habituales son: ciprofloxacino (400 mg cada 12 horas) o ceftriaxona (2gr cada 24hs) más metronidazol (500 mg cada 8 horas); levofloxacino (750 mg al día) más metronidazol (500 mg cada 8 horas); trimetoprim-sulfametoxazol (800 mg/160 mg cada 12 horas) más metronidazol (500 mg cada 8 horas); amoxicilina-clavulánico (875 mg/125 mg cada 8 horas);



	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC – 001-2024-HNDAC-DM-SG
	PARA EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD DIVERTIULAR DEL COLON EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION	Versión N° 01
		Página 11 de 17

moxifloxacino (400 mg diarios en pacientes intolerantes a betalactámicos y/o metronidazol). No existen estudios que precisen la superioridad de una pauta de las mencionadas sobre otra.

El tratamiento más apropiado para un absceso menor de 4 cm de diámetro es conservador (antibioterapia intravenosa y dieta absoluta). En enfermos con abscesos de más de 4 cm de diámetro, será preciso un manejo con drenaje percutáneo guiado por ecografía o TC; en caso de fracasar o no ser accesible, se planteará el tratamiento quirúrgico. Las fístulas pueden desarrollarse entre el colon y cualquier otro órgano pélvico como vejiga (65%), vagina (25%), intestino delgado (7%), útero (3%), entre otras localizaciones. Es raro que cierren espontáneamente, por lo cual suelen requerir en la mayoría de los casos de actitud quirúrgica. Las perforaciones deben ser tratadas con antibióticos intravenosos de forma precoz y evaluar la reparación quirúrgica. En casos de diverticulitis aguda recurrente, la opción de una cirugía electiva debe individualizarse, independientemente del número de episodios.

6.4.2. EFECTOS ADVERSOS DEL TRATAMIENTO

Existen efectos adversos del manejo en cada una de sus etapas:

- ✓ El uso de antibióticos, aparte de las reacciones idiosincráticas se han asociado con un incremento en la frecuencia de resistencia bacteriana y aumentan el riesgo de infección por Clostridium difficile.
- ✓ El manejo endoscópico puede verse complicado con eventos como perforación e incluso con aumento del propio sangrado, además de los riesgos inherentes del propio acto endoscópico.

6.4.3. SIGNOS DE ALARMAS

- **Endoscópicas:** Sangrado activo, coagulo adherido.
- **Clínicos:** Alteración hemodinámica (hipotensión, taquicardia, ortostatismo), signos peritoneales.
- **Tomográficos:** Presencia de aire en peritoneo.

6.4.4. CRITERIOS DE ALTA

- ✓ Hemostasia exitosa sin resangrado durante un periodo de hospitalización de 24 horas e inicio de la vía oral.
- ✓ En pacientes con diverticulitis las ausencias de signos peritoneales, la tolerancia oral y la remisión del dolor abdominal.


6.4.5. PRONOSTICO

El 75% de los casos con diverticulitis aguda cursa sin complicaciones, por lo que la mayoría de estos pacientes son manejados con tratamiento conservador. De estos, un 30% presentará otro


 GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
 HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
 CERTIFICO: que el presente es copia fiel del original

 11 OCT. 2024
Manuela Soerty Radahelky Quevedo
 FEDATARIA



	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC – 001-2024-HNDAC-DM-SG
	PARA EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD DIVERTIULAR DEL COLON EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION	Versión N° 01
		Página 12 de 17

episodio de diverticulitis aguda. Entre los pacientes que no presentarán un segundo episodio, la mitad tendrá dolor abdominal recurrente. El 25% de las diverticulitis cursan con complicaciones que precisarán tratamiento quirúrgico o drenaje de colecciones.

El sangrado diverticular se detiene espontáneamente en el 70-80% de los casos.

6.5. COMPLICACIONES:

- ✓ Anemia
- ✓ Shock
- ✓ Perforación, fistulas, peritonitis
- ✓ Estenosis



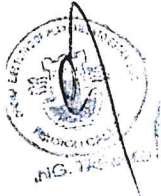
6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA


▪ **Referencia:**

De requerir algún procedimiento o tratamiento con el que no cuente el hospital

▪ **Contrarreferencia:**

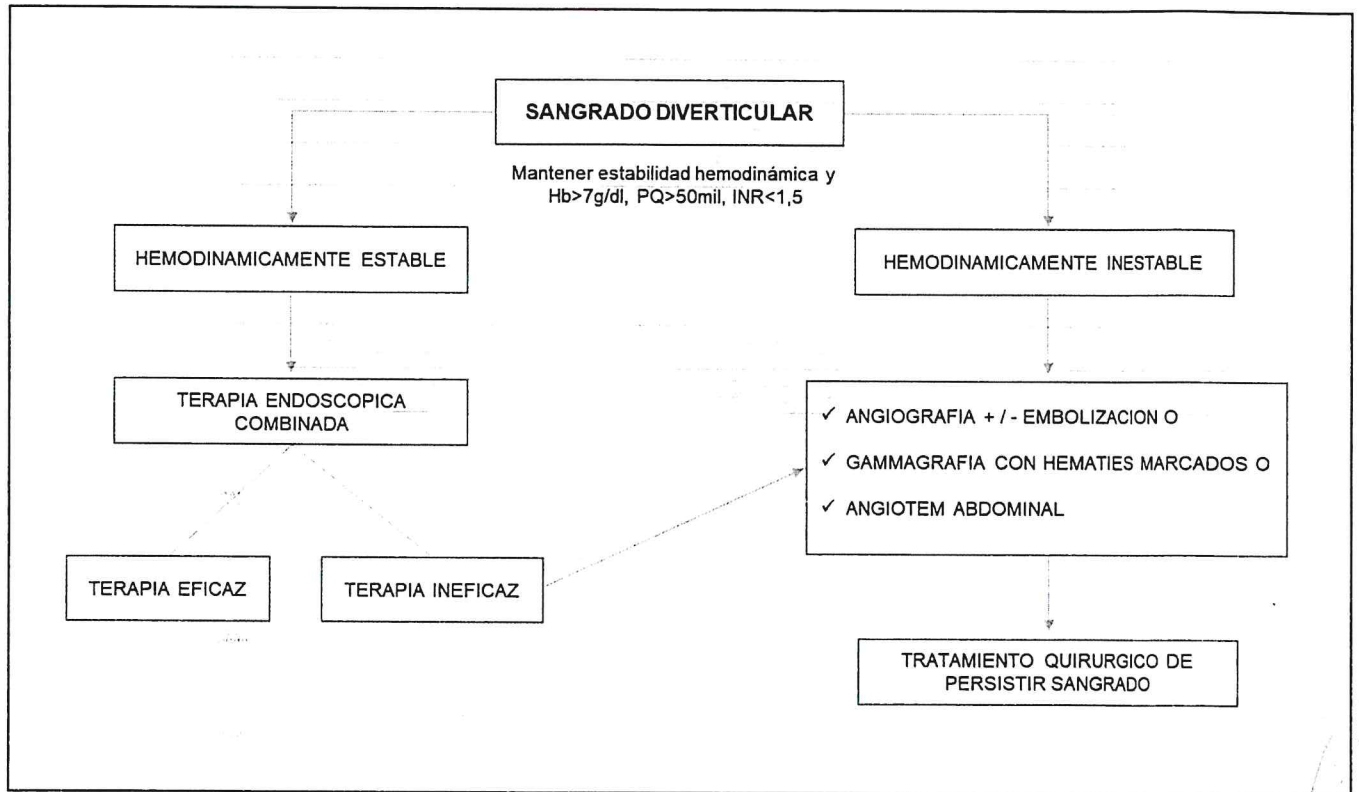
- ✓ Adecuada terapia endoscópica y ausencia de resangrado durante un periodo de hospitalización de 24 horas.
- ✓ Paciente con criterios de alta de diverticulitis aguda




	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC – 001-2024-HNDAC-DM-SG
	PARA EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD DIVERTIULAR DEL COLON EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION	Versión N° 01
		Página 13 de 17

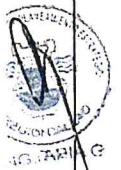
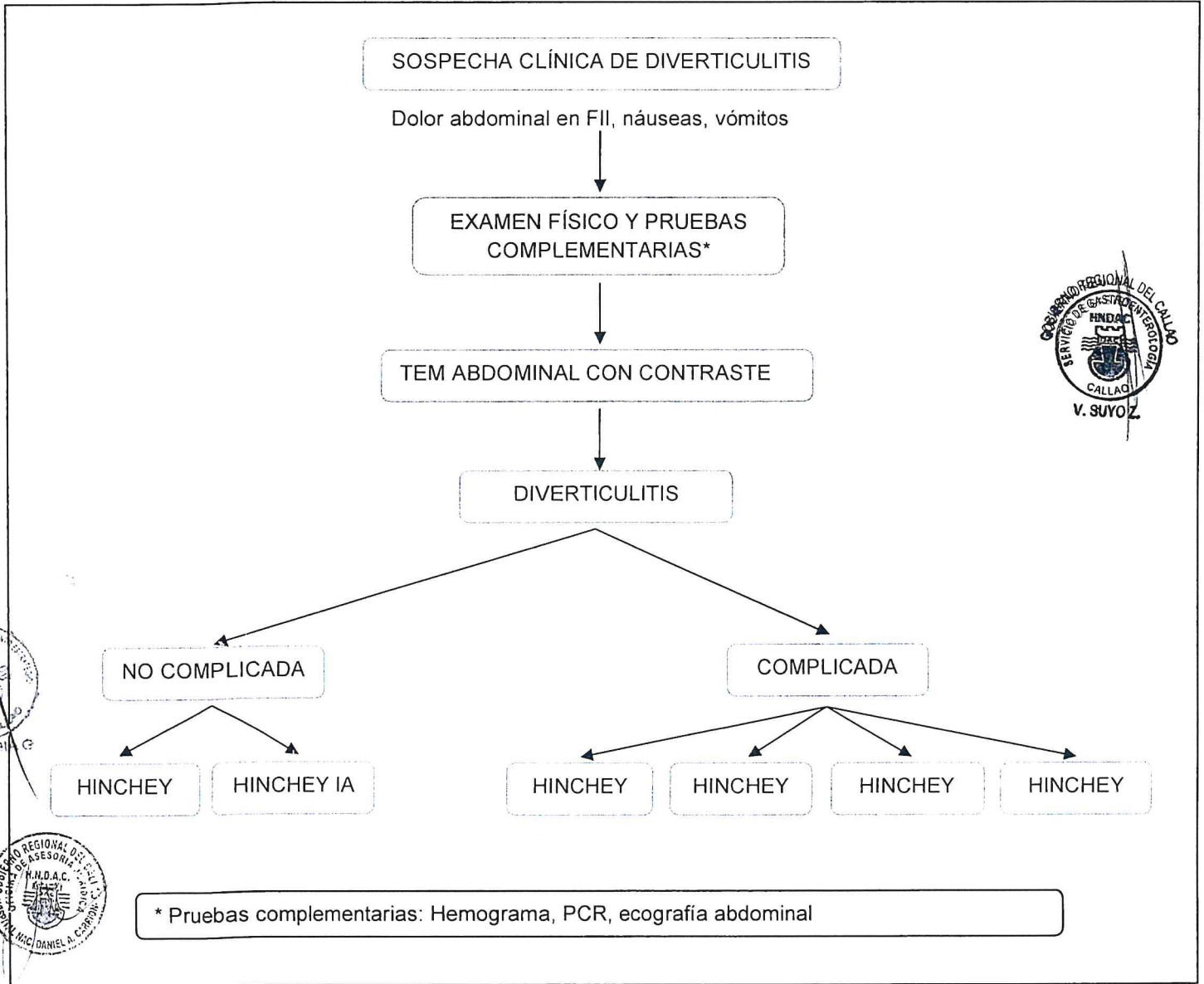
6.7. FLUJOGRAMA:

Flujograma N° 1: MANEJO DE SANGRADO DIVERTICULAR



	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC – 001-2024-HNDAC-DM-SG
	PARA EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD DIVERTIULAR DEL COLON EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION	
		Versión N° 01
		Página 14 de 17

Flujograma N° 2: DIAGNÓSTICO DE DIVERTICULITIS:

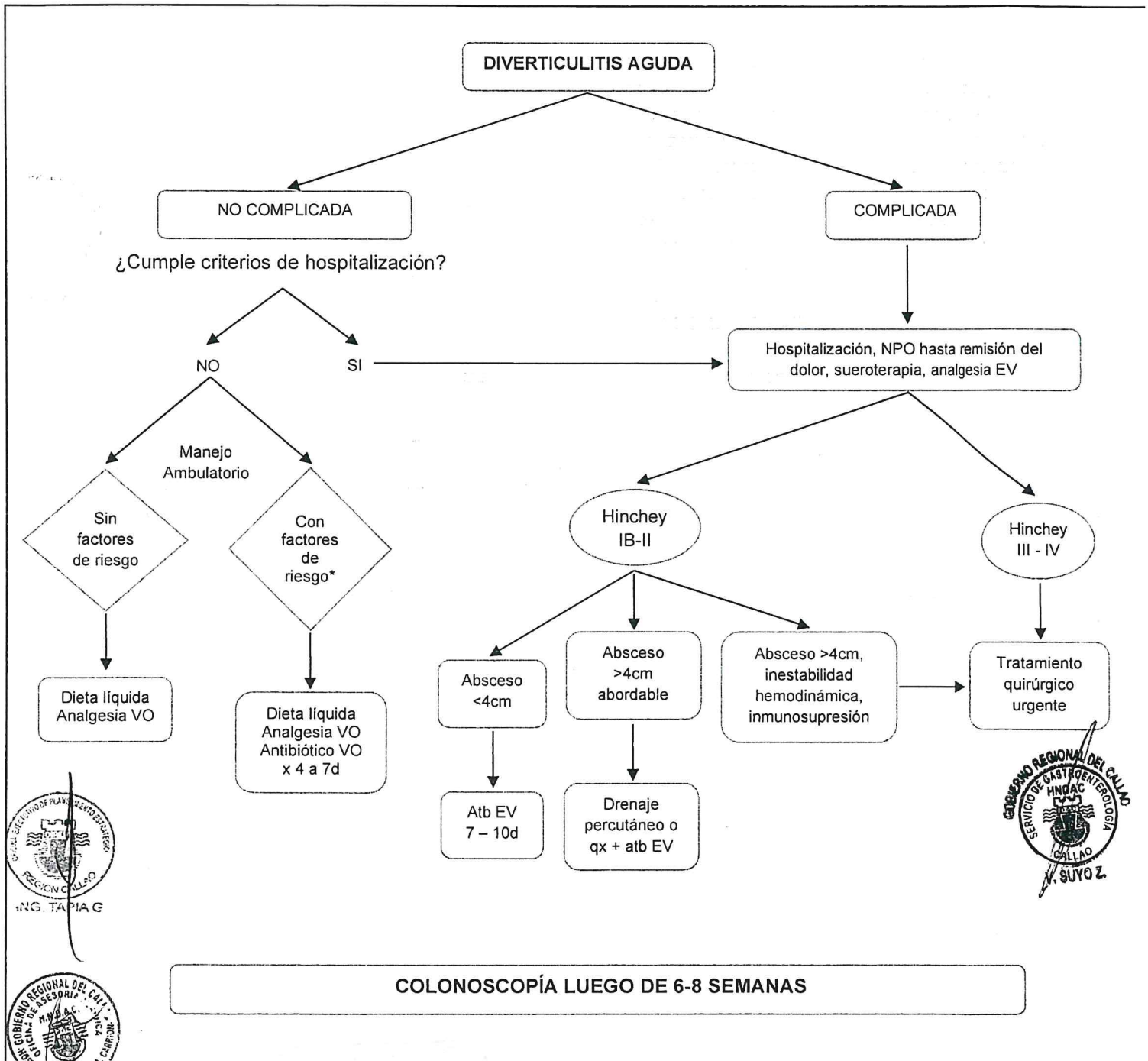


GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
 HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
 CERTIFICADO que el presente es copia fiel del original

11 OCT. 2024

Manuela Sotelo Radahilly Quevedo
 FEDATARIA

Flujograma N° 3: MANEJO DE DIVERTICULITIS AGUDA:



* Factores de riesgo: presencia de comorbilidades, inmunosupresión**, síntomas refractarios o vómitos, PCR > 40 mg/L, leucocitos > 15000, o presencia de colección fluida en la tomografía.

**De ser el paciente inmunosuprimido, el tratamiento antibiótico deberá ser por 10 a 14 días

OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN
H.N.D.A.C.
DIRECCIÓN DE ASESORIA


GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCIÓN DE ASesorIA
M.L.C.N.

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCIÓN ANUAL DE GESTIÓN CLÍNICA
CALLAO
J. BUCOS H.

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCIÓN ANUAL DE GEST. PROD. Y SERVICIOS
H.N.D.A.C.
HOSPITAL NAC. DANIEL A. CARRION

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
CERTIFICADO: el presente es copia fiel del original

11 OCT. 2024
Manuela Soerly Radahelly Quevedo
FEDATARIA

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC – 001-2024-HNDAC-DM-SG
	PARA EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD DIVERTIULAR DEL COLON EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION	
		Versión N° 01
		Página 16 de 17

VII. ANEXOS:

ANTIBIÓTICOS:

1. Vía Endovenosa:

Ciprofloxacino 200mg	400mg c/12hs	7-10 días
Ceftriaxona 1gr	2g/día	7-10 días
Metronidazol 500mg	500mg c/8hs	7-10 días

2. Vía Oral:

Levofloxacino 750mg	750mg/día	7-10 días
Metronidazol 500mg	500mg c/8hs	7-10 días
Trimetoprim-sulfametoxazol 800mg/160mg	800mg/160mg c/12hs	7-10 días
Amoxicilina-ácido clavulánico 875mg/125mg	875mg/125mg c/8hs	7-10 días
Moxifloxacino 400mg	400mg/día	7-10 días




GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
CERTIFICADO: que el presente es copia fiel del original

11 OCT. 2024

Manuela Betty Radahelky Quevedo
FEDATARIA

P. CASILLO

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC – 001-2024-HNDAC-DM-SG
	PARA EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD DIVERTIULAR DEL COLON EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION	Versión N° 01
		Página 17 de 17

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Sanabria I, Chamorro R. Enfermedad diverticular del intestino grueso. Medicine. 2020;13(8):434-40
- Schultz JK, Azhar N, European Society of Coloproctology: guidelines for the management of diverticular disease of the colon. Colorectal Dis. 2020 Sep;22 Suppl 2:5-28.
- NICE guidelines. Diverticular disease: diagnosis and management. 2019 Raña-Garibay R, Salgado-Nesme N. Consenso mexicano sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diverticular del colon. Revista de Gastroenterología de México. 2019;84(2):220-240
- Hanna MH, Kaiser AM. Update on the management of sigmoid diverticulitis. World J Gastroenterol. 2021 Mar 7;27(9):760-781.
- Peery AF, Shaukat A, Strate LL. AGA Clinical Practice Update on Medical Management of Colonic Diverticulitis: Expert Review. Gastroenterology. 2021 Feb;160(3):906-911
- Nagata N, Ishii N, Manabe N, et al. Guidelines for Colonic Diverticular Bleeding and Colonic Diverticulitis: Japan Gastroenterological Association. Digestion. 2019;99 Suppl 1:1-26
- Te Kruis W, Germer CT, et al. German Society of Gastroenterology, Digestive and Metabolic Diseases (DGVS) and the German Society of General and Visceral Surgery (DGAV) (AWMF-Register 021-20). German guideline diverticular disease/diverticulitis: Part II: Conservative, interventional and surgical management. United European Gastroenterol J. 2022 Nov;10(9):940-957



