

	GUIA DE MANEJO DE ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA	1-12-01-ASI-gui-008	
		Fecha actualización:	10/05/2012
		Revisión No.	1
		Página: 1/7	
RESPONSABLE			
Médicos Consulta Externa/ Urgencias.			
OBJETIVO			
Diagnosticar de manera oportuna y con pertinencia la Enfermedad Acido Péptica, con su adecuada clasificación para así dar tratamiento oportuno y evitar complicaciones futuras por esta causa en el área de influencia de la Red de Salud Ladera			
ALCANCE			
Inicia desde el momento en que el paciente solicita consulta por el servicio de medico, se registra e ingresa al servicio con síntomas sugestivos de Enfermedad Acido Péptica, cualquiera que sea su clasificación hasta completar el diagnostico, tratamiento, recomendaciones y salida.			
REQUISITOS			
LEGALES		OTROS	
República de Colombia, Ministerio de la Protección social Decreto 4747 de 2007 Resolución 1043 de 2006 Decreto 2309 de 2002 Resolución 1446 de 2006 Decreto 1011 del 2006 (SOGCSS) Ley 1122 de 2007 Decreto 029 de 2011		IPS con capacidad instalada (física y dotación) resolutive -Equipo de salud capacitado que brinde atención humanizada y con calidad -Aplicación del código Ético. -Cumplimiento de indicadores. -Cumplimiento de las 5 S SEGURIDAD ATENCION OPORTUNA ACCESIBILIDAD SATISFACCION AMABILIDAD CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE	
DEFINICIONES			
La enfermedad acido péptica resulta del desequilibrio entre los agentes agresores (altas concentraciones de ácido y pepsina en el lumen, infección por H. pylori, Aines, Aspirina, Tabaco, Alcohol, Hiperacidez gástrica y Reflujo Duodeno Gástrico) y los mecanismos protectores (secreción de moco, secreción de bicarbonato, flujo sanguíneo de la mucosa, transporte de la membrana superficial, capacidad regenerativa del epitelio y elaboración de prostanglandinas) de la mucosa gastroduodenal. La infección por H. pylori y los antiinflamatorios no esteroideos son las dos causas principales de las úlceras.			
GUÍAS DE MANEJO MEDICO			
DESCRIPCION DE LA PATOLOGIA			
<p>La enfermedad úlcero péptica sintomática o complicada es causa frecuente de consulta a los servicios de urgencia y consulta externa. El dolor abdominal, la hemorragia, la obstrucción o la perforación son formas mas frecuentes de consulta. El dolor de la úlcera presenta problemas significativos de diagnóstico diferencial y en el caso de hemorragia, la obstrucción y la perforación el paciente se encuentra en estado grave y en ocasiones crítico.</p> <p>Las bases fisiopatológicas de la úlcera péptica comprenden las úlceras de localización tanto</p>			

	GUIA DE MANEJO DE ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA	1-12-01-ASI-gui-008	
		Fecha actualización:	10/05/2012
		Revisión No.	1
		Página: 2/7	
<p>gástrica como duodenal. Las úlceras se definen como una rotura de la superficie de la mucosa > de 5mm de tamaño, que en profundidad alcanza la submucosa. Las úlceras duodenales y las gástricas comparten muchas características en cuanto a patogenia, diagnóstico y tratamiento, aunque existen diversos factores que las diferencian.</p> <p>Úlceras Duodenales: Asientan sobre todo en la primera porción del duodeno(>95%) y aproximadamente el 90% están localizadas en los primeros 3 cm siguientes al píloro.. Habitualmente son menores de 1 cm de diámetro, aunque a veces pueden alcanzar de 3 a 6 cm. Están claramente delimitadas, la base de la úlcera suele estar formada por necrosis eosinofila con fibrosis circundante.</p> <p>Úlceras Gástricas: Las ulceras gástricas suelen ser malignas. Las ulceras gástricas benignas se localizan generalmente distales a la unión entre el antro y la mucosa secretora ácida.</p> <p>Úlcera y Helicobacter pylori: La infección por H. pylori causa inflamación de la mucosa. Las diferentes cepas difieren en su capacidad de provocar inflamación. El H. pylori tiene trofismo por la mucosa gástrica y puede sobrevivir y crecer en el ambiente hostil del estómago. Produce ureasa que cataliza la hidrólisis de urea a dióxido de carbono y amoníaco, creando un ambiente alcalino que bloquea el medio ácido de la mucosa gástrica. También utiliza el nitrato de amonio producido por la úrea para su propio crecimiento. La bacteria es móvil y puede desplazarse rápidamente de los sitios agresivos a los más favorables.</p> <p>Úlcera y AINES: La segunda causa más importante de la úlcera péptica es el grupo de los antiinflamatorios no esteroideos (AINES). El riesgo de complicaciones serias varía entre 1% y 4% por año usuarios de AINES y la incidencia global de úlceras por antiinflamatorios está en el incremento por razón del mayor uso de estos fármacos en la población d edad avanzada. El mecanismo fundamental de la toxicidad gastrointestinal es la supresión de prostaglandinas gástricas que tiene como consecuencia disminución del moco epitelial, secreción de bicarbonato, perfusión de la mucosa y proliferación epitelial “todos factores negativos” y finalmente disminución de la resistencia de la mucosa a la agresión. La infección por H. pylori puede aumentar la gastrotoxicidad</p> <p>Presentación Clínica de La Úlcera Péptica: La mayoría de los pacientes presentan síntomas dispépticos o relacionados con una complicación como sangrado gastrointestinal, obstrucción o perforación. Los síntomas clásicos de la úlcera péptica son el dolor en el epigástrico, que ocurre una a tres horas después de las comidas y que mejora con la ingesta o con antiácidos. Típicamente el dolor ocurre en episodios que duran semanas o meses, seguido por remisiones espontaneas variable. El dolor puede despertar al paciente durante la noche. No hay signos físicos específicos de la ulcera péptica, pero se puede encontrar dolor a la palpación del epigastrio o del hipocondrio derecho. Eventualmente se encuentra sangre en el tacto rectal u oculta en las heces. El paciente que acude al servicio de urgencias con dolor epigástrico debe ser evaluado en forma meticulosa. Si tiene más de 45 años se debe descartar un evento coronario agudo. El examen físico debe incluir el tacto rectal para descartar sangrado. Paralelamente, se inicia tratamiento con anti-H2 ó inhibidor de la bomba de protones, como el omeprazol. Si el dolor mejora y los exámenes son normales se puede dar de alta y enviar a consulta externa para estudio endoscópico. Si el dolor persiste o no hay mejoría, se debe tomar una radiografía de tórax para descartar perforación. La endoscopia de vías digestivas altas debe ser considerada.</p> <p>Úlcera duodenal: El patrón característico del dolor de la úlcera duodenal aparece 90 minutos o 3 horas antes de una comida y frecuentemente se alivia con antiácidos o alimentos. El dolor que despierta al paciente por la noche es uno de los síntomas más discriminatorios y dos tercios de los pacientes con úlcera duodenal presentan esta molestia.</p> <p>Úlcera Gástrica: El dolor en epigastrio puede desencadenarse por la ingesta de alimentos. Las náuseas y la pérdida de peso son frecuentes en los pacientes con úlcera gástrica.</p>			

	GUIA DE MANEJO DE ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA	1-12-01-ASI-gui-008	
		Fecha actualización:	10/05/2012
		Revisión No.	1
		Página: 3/7	
<p>DIAGNOSTICO</p> <p>El diagnostico para la enfermedad acido péptica inicialmente es clínico el cual se rige por la anamnesis de la historia clínica y un meticuloso examen físico. Nos podemos guiar en estos parámetros: Subjetivo (en todas las consultas)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preguntar por síntomas en la parte superior del abdomen: sensación de llenura, distensión epigástrica post pandrial, acidez, regurgitaciones, nauseas, vómitos, eructos excesivos, pirosis, dolor epigástrico y su relación con las comidas, saciedad temprana, disfagia. - Preguntar por sangrado gastrointestinal alto, cirugía gástrica previa. - Preguntar por anemia, anorexia, pérdida de peso, flatulencia - Preguntar por frecuencia, intensidad y duración de los síntomas. - Preguntar por el consumo de AINES. - Preguntar por hábito de fumar. - Preguntar por horarios, regularidad y tipo de comidas. - Preguntar por cambios posturales en los síntomas. - Preguntar por irradiación del dolor. - Preguntar por consumo de alcohol. - Preguntar por relación de los síntomas con la defecación y hábito intestinal. - Preguntar por los síntomas respiratorios. <p>Objetivo (en todas las consultas)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medir peso. - Auscultar la presencia de sibilancias. - Buscar masa y visceromegalias abdominales. - Buscar linfadenopatias. - Buscar signo de Murphy. - Buscar ictericia. - Buscar anemia. <p>Análisis (en todas las consultas)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Considerar riesgo para Cáncer Gástrico si el paciente presenta alguno de las siguientes condiciones: pérdida de peso involuntaria, anorexia, disfagia, edad mayor de 40 años con inicio reciente de síntomas, anemia, sangrado gastrointestinal alto, cirugía gástrica previa, presencia de linfadenopatias asociadas a Cáncer Gástrico, masa abdominal, síntomas o signos neurológicos, antecedente familiar de Cáncer Gástrico. - Sospecha de coleditiasis si presenta dolor cólico o distensión abdominal recurrente luego de ingerir comidas grasosas, signo de Murphy es positivo y no tiene ecografía de Hígado y Vías Biliares en el último año. - Sospechar Gastroparesia si se trata de un paciente diabético con sensación de llenura, distensión epigástrica post pandrial, saciedad temprana. - Sospechar Enfermedad por Reflujo Gastroesofagico si se presenta pirosis, regurgitación, nauseas, vómitos, eructos, disfonías, tos crónica seca, asociación de los síntomas con cambio de posición. - Sospechar Duodenitis por Giardiasis si se trata de un paciente con dolor abdominal tipo cólico, agudo, distensión y diarrea fétida, recurrentes que pueden o no asociarse con la ingesta de alimentos, sin desparasitación en los últimos seis meses. - Sospechar Síndrome de Intestino Irritable si los síntomas no mejoran con la defecación o hay cambios en el hábito intestinal. - Sospechar desorden Ansioso o Depresivo si presenta múltiples quejas y síntomas, hay cambios en el estado de ánimo, consultas frecuentes o el paciente es demandante de los servicios. - Intolerancia a lactosa si es por derivados lácteos. 			

	GUIA DE MANEJO DE ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA	1-12-01-ASI-gui-008	
		Fecha actualización:	10/05/2012
		Revisión No.	1
		Página: 4/7	
<p>Plan Diagnostico (en todas las consultas)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si hay riesgo para Cáncer Gástrico referirse a Nivel de Complejidad Superior, para manejo por especialista el cual debe solicitar Endoscopia de Vía Digestiva Alta con biopsia de la mucosa gástrica y de lesiones identificadas. - Si los síntomas son crónicos y no tiene endoscopia de vía digestiva alta, debe referirse a Nivel de Complejidad Superior, para manejo por especialista. - Si hay sospecha de Colelitiasis solicitar ecografía de Hígado y Vías Biliares. - Si hay sospecha de Gastroparesia revisar riesgo de Diabetes no controlada, solicitar Glicemia pre o post según protocolo para detección de diabetes o protocolos para control de Diabetes. <p>NOTA: La endoscopia constituye la forma más sensible y específica de estudiar el tubo digestivo superior. Además de permitir la visualización directa de la mucosa, facilita la documentación fotográfica de los defectos mucosos y permite hacer biopsias de los tejidos para descartar lesiones malignas (ulceras gástricas) o de infección por H. pylori. El examen endoscopio es especialmente útil para identificar lesiones demasiado pequeñas como para ser detectadas en la exploración radiológica, para estudiar alteraciones radiológicas atípicas o para determinar si una ulcera es de origen de una hemorragia.</p> <p>TRATAMIENTO</p> <p>La terapia tiene como objetivo tratar la agudeza del cuadro clínico (manejo del dolor epigástrico y síntomas de enfermedad acido peptica), evitar las complicaciones, lograr la cicatrización y la erradicación de la causa y se basa en la etiología de la ulcera.</p> <p>TRATAMIENTO FARMACOLOGICO</p> <p>Tengamos en cuenta los medicamentos con que contamos en nuestro nivel de atención para el manejo de la enfermedad acido peptica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fármacos neutralizadores/inhibidores del acido. (Antiácidos): Hidróxido de Aluminio Liquido 6,15g/ 100ml (frasco x 360ml), Hidróxido de Aluminio + Hidróxido de magnesio Liquido + Simeticona Liquido Contiene HA 200mg, HM 200mg y Simeticona 20mg (frasco x 360 ml), Hidróxido de Aluminio + Hidróxido de Magnesio Liquido HA 200mg, HM 200mg (frasco x 360 ml) 2. Antagonistas de los Receptores H2: Ranitidina 150 y 300 mg Tabletas Dosis: 300 mg día 3. Inhibidores de la bomba de protones: Omeprazol Capsulas 20 mg Dosis: 20-40 mg día. 4. Fármacos citoprotectores: Sucralfato Tabletas 500 mg y 1g Dosis: 1g cada 6 horas. <p>Otros que no se encuentran en nuestro nivel y son tratamiento de enfermedad acido peptica: 1. Compuestos por bismuto. 2. Análogos de las prostaglandinas.</p> <p>El manejo de la enfermedad acido peptica en nuestro nivel de atención se hace acorde a los síntomas del paciente, factores de riesgo, anamnesis, hallazgos del examen físico y las posibles complicaciones que se puedan presentar por esta patología, determinaran la atención en nuestros servicios de urgencia nivel I o por el contrario la atención en un nivel de mayor complejidad. Se recomienda tener en cuenta este protocolo:</p> <p>Plan de tratamiento (en la primera consulta)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sospecha Ulcera Peptica (Dispepsia tipo Ulcera): Recomendar comidas con horarios regulares, evitar consumo de alcohol, evitar tabaquismo, evitar consumo de AINES. Formular Omeprazol 20mg en ayunas por 4 semanas. 			

	GUIA DE MANEJO DE ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA	1-12-01-ASI-gui-008	
		Fecha actualización:	10/05/2012
		Revisión No.	1
		Página: 5/7	
<p>- Sospecha Gastroparesia (Dispepsia tipo Dismotilidad) Recomendar comidas con horarios regulares, evitar el alcohol, evitar el tabaquismo, evitar los AINES. Formular Metoclopramida 10 mg cada 8 horas por 5 a 10 días.</p> <p>- Sospecha Enfermedad por Reflujo Gastroesofagico: Recomendar comidas con horarios regulares, evitar el alcohol, evitar el tabaquismo, evitar el consumo de medicamentos que aumentan los síntomas, última comida debe ser 2 a 3 horas antes de acostarse, levantar la cabecera de la cama 15 cm. Formular Omeprazol 20 mg cada 12 horas por 7 días, luego 20 mg en ayunas por tres semanas mas.</p> <p>-Sospecha desorden Depresivo o Ansioso: Hacer tamizaje para Depresión y Ansiedad,</p> <p>-Sospecha por Duodenitis por Giardiasis: Tinidazol 2 g, dosis única diaria por 2 días luego de comer.</p> <p>-Sospecha de Síndrome de Intestino Irritable: Explicar que muchas veces los síntomas se relacionan con los hábitos alimenticios y con dificultades de la vida diaria.</p> <p>-Sospecha de Dispepsia Indiferenciada tratada según el síntoma predominante con Anticolínicos, Omeprazol o Metoclopramida.</p> <p>TERAPIA RECOMENDADA PARA ERRADICACION DEL H. PYLORI.</p> <p>Se han dedicado grandes esfuerzos a determinar cuales de los muchos individuos infectados por H. pylori deben ser tratados. La conclusión mas frecuente alcanzada por múltiples conferencias de consenso (Nacional Institutes of Health Consensus Development, American Digestive Health Foundation Internacional Update Conference, European Maastricht Consensus y Asia Pacific Consensus Conference) es que el H. pylori debe ser erradicado en los pacientes con ulcera peptica demostrada.</p> <p>Indicaciones del tratamiento:</p> <p>A. INDISCUTIBLES: 1. Pacientes con ulcera gástrica o duodenal activa o con historia de ulcera, con prueba positiva y aun no tratados. 2. Paciente con linfoma gástrico tipo MALT de bajo grado. 3. Pacientes con cáncer gástrico temprano después de la resección endoscópica o cirugía. 4. Pacientes con gastritis severas.</p> <p>B. A CRITERIO MEDICO: 1. Pacientes con dispepsia funcional en zonas con gran incidencia de cáncer gástrico. 2. Pacientes con historia familiar de cáncer gástrico. 3. Pacientes con reflujo gastroesofagico que necesitan recibir inhibidores de bomba de protones por largos periodos. 4. Pacientes con gastritis severa diagnosticada por endoscopia e histología. 5. Pacientes cuya histología reporte cambios de metaplasma intestinal o displasia. 6. Pacientes en quienes se va a iniciar consumo crónico de AINES.</p> <p>El objetivo del tratamiento inicial de erradicación debe ser conseguir una tasa de éxitos del 85% al 90%.</p> <p>Régimen A.</p> <p>- Omeprazol 20 mg Capsulas Dosis: 1 Capsula cada 12 horas. - Claritromicina 500 mg Tabletas Dosis: 1 Tableta cada 12 horas. - Metronidazol 500 mg Tabletas Dosis: 1 Tableta cada 12 horas. Duración del tratamiento: 14 días.</p> <p>Régimen B.</p> <p>- Omeprazol 20 mg Capsulas Dosis: 1 Capsula cada 12 horas. - Amoxicilina 500mg Capsulas Dosis: 1.000 mg cada 12 horas - Metronidazol 500 mg Tabletas Dosis: 1 Tableta cada 12 horas. Duración del tratamiento: 14 días. Otra opción: en lugar de Metronidazol, Tetraciclina 500 mg cada 8 horas.</p>			

	GUIA DE MANEJO DE ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA	1-12-01-ASI-gui-008	
		Fecha actualización:	10/05/2012
		Revisión No.	1
		Página: 6/7	
<p>CRITERIOS DE REMISIÓN: Si hay riesgo o sospecha para Cáncer Gástrico referirse a Nivel de Complejidad Superior, para manejo por especialista. Si los síntomas son crónicos y no mejoran con el tratamiento. Si hay complicaciones tipo hemorragias, perforación, penetración u obstrucción.</p> <p>COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES.</p> <p>Las complicaciones de la enfermedad ulceropeptica constituyen una causa importante y grave de consulta en los servicios de urgencias. Aproximadamente el 25% de los pacientes con ulcera peptica experimenta una complicación importante como hemorragia, perforación, penetración u obstrucción en el curso de la enfermedad y aproximadamente una complicación por año.</p> <p>SEGUIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Educación en cuanto a los factores de riesgo modificables. - Dieta balanceada y controlada. - Riesgo de Cáncer, cita con resultado de Endoscopia y Biopsia máximo un mes, referirse a Nivel de Complejidad Superior, para manejo por especialista - Sospecha de Colelitiasis cita con resultado de Ecografía máximo en un mes. - Sospecha de alteración metabólica, cita con resultado de glicemia máximo en 10 días. - Paciente con sospecha de Ulcera Peptica, cita un mes después si persisten o antes si empeoran, se solicita endoscopia de vía digestiva alta más biopsia. - Evitar la prescripción de rutina por riesgo de polimedicaion y uso crónico innecesario de medicamentos. - Importante realizar atención médica multidisciplinaria en el manejo de enfermedad Acido Peptica. <p>BIBLIOGRAFIA.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Shiotani A. Pathogenesis and therapy of gastric and duodenal ulcer disease. Med Clin North Am 2002; 86: 1447-1446. - Sierra F. Helicobacter pilary estado actual. Rev Colomb Cir 2002; 17: 128-130. - Quan C, Tallery NJ Management of peptic ulcer disease not related to helicobacter pylori or NSAIDs. Am J Gastroenterol 2002; 97: 2950-61. - Dickerson LM, Am Fam Physician 2004; 70: 107-114. -Guías de práctica Clínica Basadas en la Evidencia “Enfermedad Acido Peptica “ -Braunwal, Fauci, Kasper, Hauser, Longo, Jameson Principios de la Medicina Interna Harrison. 16 Edición 2004; 1929-1937. 			
Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	
LUIS FERNANDO LENIS. Coordinador Urgencias y Consulta externa.	ISAURO ENOC PRIETO Auditor Medico	RICARDO POSADA Subgerente Científico Asistencial	

	GUIA DE MANEJO DE ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA			1-12-01-ASI-gui-008	
				Fecha actualización:	10/05/2012
				Revisión No.	1
				Página: 7/7	
REGISTRO DE CAMBIOS Y REVISIONES					
REVISIÓN #	FECHA	PÁGINA	SOLICITANTE	COMENTARIOS	
1	10 de mayo de 2012	Todas	Planeación	Se modificó la descripción patología, etiología y la bibliografía de la guía	