

	MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA			
	GUIA: ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA			
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-05	Página: - 1 - de 10	Versión: 01

ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA
1. ALCANCE
Aplica para las atenciones ambulatorias (consulta externa y prioritaria) de la ESE Centro de Salud Jenesano y su área de influencia.
2. SERVICIO Y POBLACION
Servicio Consulta externa y prioritaria de la ESE Centro de Salud Jenesano y su área de influencia. Tiene cobertura para todos los grupos etáreos.
3. PERIODICIDAD
La guía se revisara cada cinco años y/o según necesidad.
4. EPIDEMIOLOGIA
<p>Definida la PREVALENCIA como la proporción de la población que presenta una determinada enfermedad en un momento aislado, en un período o a lo largo de la vida, podemos decir que la EUP es un problema médico importante, con una prevalencia de punto a 1 año del 1.8 %, y la prevalencia de por vida de 11 a 14 % en los varones y de 8 a 11 % en las mujeres (prevalencia global 10 %). La INCIDENCIA, definida como la aparición de casos nuevos en la población en un periodo determinado, señalan una incidencia anual de la EUP en 15-30 casos por 1000. En Estados Unidos se registraron cerca de 500 000 nuevos casos al año y unos cuatro millones de recurrencias.</p> <p>En los últimos años se ha observado un descenso en las tasas de internamiento por EUP no complicada, aparentemente en relación a diagnóstico endoscópico oportuno que permite establecer un pronóstico de la lesión ulcerosa encontrada, pero un incremento importante en las hospitalizaciones de pacientes ancianos con EUP complicada (hemorragia y perforación), lo cual seguramente está en relación a más longevidad en la población general y al incremento en el uso de AINES.</p>
5. DEFINICION DE LA PATOLOGIA
<p>A. DEFINICION</p> <p>Es la perdida de equilibrio entre factores defensivos de la mucosa gástrica (moco gástrico, micro circulación, prostaglandinas, bicarbonato) y factores agresivos como acido gástrico, pepsina, fármacos y la acción del Helicobacter pylori,</p> <p>B. CLASIFICACION</p> <p>1. Reflujo Gastro Esofágico</p> <p>a. Una reacción a la exposición de líquido gástrico en la mucosa esofágica, normalmente asociados con anormalidades en el esfínter esofágico (cardias)</p> <p>2. Gastritis Aguda</p> <p>Es la reacción inflamatoria del estomago es sus etapas iniciales que detectadas a tiempo son reversibles. Causa predominante fármacos, ingesta de agentes químicos exógenos por vía oral</p>

	MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA			
	GUIA:		ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-05	Página: - 2 - de 10	Versión: 01

3. Gastritis Crónica

a. inflamación crónica de la mucosa gástrica

4. Úlcera Péptica

- a. Úlcera crónica en el trayecto gastrointestinal: 3 tipos
- a. Esófago: principalmente en tercio distal
- b. Estomago: menor incidencia que la duodenal, se presenta en curvatura menor del antro y área prepilórica.
- c. Duodeno: la mayoría en forma de múltiples y pequeñas úlceras a nivel del bulbo duodenal, se puede asociar al síndrome Zollinger Ellison.

5. Gastritis Atrófica

Se encuentra frecuentemente y en varios grados de severidad en el anciano e invariablemente en paciente con anemia perniciosa

6. Gastritis Infecciosa

Asociado frecuentemente con *H. pylori.*, bacteria que es oportunista. También se puede encontrar en casos de infecciones virales, como componente de una infección sistémica.

7. Gastritis Erosiva

Frecuentemente se asocia a la ingesta de aines y químico exógenos.

8. Gastritis Hemorrágica

Se da como reacción a un desorden hemodinámica como hipovolemia e hipoxia. Se encuentra frecuentemente en servicios de unidad de cuidado intensivo

6. REFLUJO GASTRO ESOFAGICO

A. POBLACION DESTINADA: LACTANTES Y ESCOLARES.

B. DEFINICION/EPIDEMIOLOGIA:

- Implica un proceso fisiológico en un niño sano sin ninguna enfermedad sistémica.
- Es el Paso del contenido gástrico al esófago.
- Se presenta en niños de uno a cuatro meses de edad y por lo general resuelva a los doce meses.
- Se evidencia en el 40-60% de niños sanos y disminuye a 1% al año de edad.
- Proceso patológico manifestado por pobre aumento de peso, presencia de esofagitis, persistencia de síntomas respiratorios y cambios en el comportamiento neurológico.
- Se presenta en uno de cada 300 niños.
- Se encuentra presente en pacientes con alguna patología de base.

C. ENFERMEDADES ASOCIADAS CON ENFERMEDAD DE REFLUJO GASTRO ESOFAGICO:

- Atresia esofágica con reparo.
- Retardo del Desarrollo Psicomotor.
- Hernia Hiatal.
- Displasia Bronco pulmonar.
- ASMA
- Fibrosis quística

C. FISIOPATOLOGIA

- Esfínter esofágico Inferior se encuentra localizado en la porción distal del esófago y se encuentra bajo control de músculo liso.
- Relajaciones transitorias del esfínter esofágico no asociadas con la deglución permiten el paso de contenido gástrico al esófago.
- Retardo del vaciamiento gástrico El cual es otro de los mecanismos encontrado.
- Factores posicionales y gravitacionales pueden exacerbar el RGE, permitiendo el reflujo en una posición supina.
- Reflejos a nivel Respiratorio.
 1. El material aspirado en una obstrucción mecánica luminal.
 2. Impulsos neuronales del reflujo resulta en señales aferentes desde el tracto respiratorio y esofágico, estimulando la secreción de moco, edema y contracción del músculo liso.
- La aspiración estimula una liberación de mediadores inflamatorios el cual causa aumento de la obstrucción luminal

El desequilibrio entre los factores agresivos y factores de defensa a nivel de la mucosa gastroduodenal, continúa siendo la explicación fisiopatológica más clara de esta entidad. Múltiples factores se reconocen como defensores de la mucosa; si los agrupamos según su localización, podríamos hablar del moco y el bicarbonato, como los factores pre epiteliales más importantes; la capa de fosfolípidos y el rápido recambio celular, como los principales factores epiteliales y la angiogénesis, la microcirculación, las prostaglandinas y los factores de crecimiento, como los componentes subepiteliales más importantes. Hasta hace unos años sólo se reconocía al ácido y la pepsina como los únicos factores agresores de la mucosa, pero es importante recordar que la hipersecreción ácida sólo se encuentra en el 40-50 % de los pacientes con úlcera duodenal mientras que en los pacientes con úlcera gástrica, la secreción ácida es normal o incluso baja.

Con el uso cada vez mas frecuente de ácido acetilsalicílico y antiinflamatorios no esteroideos (AINES), se estableció su importancia como factores que debilitan la resistencia de la barrera mucosa, a través de la inhibición en la producción de prostaglandinas y por lo tanto de los mecanismos citoprotectores que dependen de éstas.

A partir de 1982, con la descripción del Helicobacter pylori hecha por Warren y Marshal, el enfoque fisiopatológico de la enfermedad ácidopéptica cambió, y hoy en día se acepta que el H. PYLORI tiene una relación causal con la mayoría de los casos de úlcera gástrica y duodenal y cada vez existe una mejor comprensión sobre la capacidad del H. PYLORI para romper el equilibrio a nivel de la barrera mucosa, debilitando algunos de los mecanismos de defensa y siendo un agresor directo de la mucosa gastroduodenal.

Si aceptamos estos recientes conceptos fisiopatológicos, podemos decir que la etiología de la mayoría de las úlceras gastroduodenales se encuentra relacionada en primer lugar con la infección por H. PYLORI y en un porcentaje menor con el uso de AINES, dejando sólo un pequeño grupo de pacientes con otras etiologías, como gastrinoma, mastocitosis, páncreas anular, y posiblemente otras infecciones, como el herpes simple tipo I. Sin embargo, a pesar del consenso que hay en la literatura mundial sobre este enfoque fisiopatológico, siguen existiendo interrogantes, y el más importante es el hecho de que la infección por H. PYLORI es muy común y la mayoría de los individuos infectados son asintomáticos y no desarrollan úlcera, y aún no está completamente definido cual o cuales son los factores de riesgo o factores asociados, que hacen que en determinado momento un paciente infectado desarrolle una úlcera. Estas modificaciones en la

	MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA			
	GUIA:		ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-05	Página: - 4 - de 10	Versión: 01

comprensión de la fisiopatología de la úlcera péptica (UP) ha traído consigo un cambio radical en el enfoque terapéutico, que hoy en día busca contrarrestar las nuevas etiologías aceptadas de la enfermedad.

E. MANIFESTACIONES CLINICAS

- Escolares
 - Dolor torácico.
 - Pirosis.
 - Odinofagia.
 - Disfagia.
 - Anemia.
 - Obstrucción esofágica.
 - Síntomas Respiratorios.
 - Esófago de Barret (Epitelio metaplasico)

- Todos los grupos etareos:

Los síntomas de la **úlcera péptica** se confunden con la **dispepsia**. Lo característico es el dolor quemante en epigastrio, que en el caso de la gástrica se aumenta con la comida, se acompaña de náusea y se proyecta hacia el dorso, mientras que en la duodenal suele ser nocturno, aliviarse con la comida o con los antiácidos. Si se trata de esofagitis y/o úlcera esofágica, es predominante la pirosis y ocasionalmente dolor torácico no anginoso y disfagia. En todos los casos el dolor es intermitente, su presencia y severidad no se correlacionan con la actividad de la úlcera, que puede inclusive cursar asintomática, por lo cual la sensibilidad y especificidad del dolor son extremadamente bajas para el diagnostico estando presentes en no más del 30% de los casos.

El estudio de Mansi y colaboradores incluye los síntomas dispépticos en tres grupos, de acuerdo con el principio general de que dispepsia consiste en la asociación de síntomas crónicos o recurrentes del aparato digestivo superior, excluyendo la ictericia y la hemorragia digestiva, así:

1. **Dispepsia tipo úlcera:** 43%, dolor epigástrico nocturno que cede con la ingesta. Hallazgo endoscópico normal, 26.3%; úlcera gástrica 2.14%, úlcera duodenal 6.63%; esofagitis, 3.47%.
2. **Dispepsia tipo reflujo:** 38% malestar epigástrico o subesternal, pirosis, regurgitación que se acentua con las comidas, bebidas o cambios posturales. Hallazgo endoscópico normal 25.7%; úlcera gástrica 1.4%; úlcera duodenal 3.84%; esofagitis 8.49%.
3. **Dispepsia tipo dismotilidad:** 19% saciedad temprana, náusea, malestar difuso abdominal, pesadez o llenura epigástrica, hambre con distensión, erutos y flatulencia. Hallazgo endoscópico normal, 36.89%; úlcera gástrica, 0.97%; úlcera duodenal, 3.64 %; esofagitis, 3.16%.

Con estas cifras, el límite de confianza (95%) es extremadamente bajo y hace imposible calcular el valor predictivo de los síntomas. Los síntomas de las complicaciones de la enfermedad ácido péptica mejoran la probabilidad diagnóstica, especialmente los referentes a hemorragia expresados como hematemesis, melanemesis y melenas. El dolor abdominal agudo que representa una perforación no es característico, pues el neumoperitoneo no es excesivamente doloroso y sólo comienza a serlo su complicación principal, la peritonitis, que aparece mas tarde. Su localización predomina en el hipocondrio derecho, mientras que es igualmente mal definido el dolor de la penetración al páncreas, que se localiza en el plano mediano supraumbilical. El vómito es síntoma predominante en el síndrome pilórico.

	MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA			
	GUIA:		ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-05	Página: - 5 - de 10	Versión: 01

En cuanto a los síntomas asociados a esofagitis, debemos considerar los asociados a manifestaciones extra digestivas, como son la disfonía, otalgia, Odinofagia, tos nocturna, broco espasmo, halitosis, etcétera.

En cuanto a los signos encontrados en el examen físico, podemos advertir hipersensibilidad o dolor a la palpación del epigastrio y del hipocondrio derecho (10), aunque sin ninguna especificidad, pues este signo es compartido por un sinnúmero de enfermedades no ulcerosas. En el caso de hemorragia, la anemia y el choque hipovolémico son evidentes

F. MEDIDAS DIAGNOSTICAS

La esófagogastroduodenoscopia es un examen que permite la visualización directa y la biopsia de la mucosa gastrointestinal superior para definir el diagnóstico y manejo de pacientes con enfermedad ácido péptica conocida o sospechada.

Todo paciente con sospecha de enfermedad ulcerosa péptica se debe realizar endoscopia. La apropiada aproximación diagnóstica depende del marco clínico, la aparición «de novo» de síntomas dispépticos en un paciente mayor de 45 años o dispepsia asociada a síntomas como anorexia, saciedad temprana o pérdida de peso o signos como anemia o sangrado gastrointestinal son indicaciones de endoscopia inmediata (Recomendación Grado B). Se ha demostrado que la endoscopia es superior a los estudios con bario en el diagnóstico de erosiones gástricas y erosiones planas, mientras que las erosiones de tipo varioliforme se diagnostican igual con ambos métodos.

- Evaluación del tracto gastrointestinal superior, permite evaluar anomalías anatómicas y evidencia defectos estructurales como:
 - Hernia Hiatal.
 - Estenosis Pilórica.
 - Mal rotación.
 - Atresia o estenosis intestinal.
 - Aclaramiento de pH
- Gold Estándar para evaluar reflujo y presencia de síntomas atípicos
Se colocan electrodos en la porción distal del esófago para detectar cambios de pH por debajo de 4.0.
- Endoscopia y Biopsia Esofágica
 - En los casos en que el reflujo gastroesofágico no responda a tratamiento convencional
 - Útil en evaluar los síntomas de dolor, disfagia, hematemesis
 - Sirve para diferencia Enfermedad de Reflujo Gastro Esofágico con Ulceras Pépticas
 - Biopsia puede ser útil para clasificar la severidad de la esofagitis y para detectar esófago de Barret

G. TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES ANTIREFLUJO

POSICION:

- Elevar la cabecera de la cama 30 grados
- Posición bocabajo para dormir
- Utilizar siempre almohada



MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA

GUIA: ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA

Levantamiento:
Agosto de 2010

Aprobación:
Octubre de 2010

Código:
G-CE-M-05

Página:
- 6 - de 10

Versión:
01

- Acostarlo 30 a 45 min. Después de comer
- Dejar el menor tiempo posible al menor acostado

DIETA:

- Dieta espesa
- Disminuir leches de formula
- Adicionar cereales al dieta complementaria
- Evitar cantidades excesivas de alimentos por toma

MEDIDAS DE SOSTEN

Se ha hablado de cierta personalidad del ulceroso, de cierto grado de dependencia, es factible que así sea, lo que más llama la atención en este tipo de personalidad, es su alto sentido de la responsabilidad y aún cierta tendencia a la agresividad. El médico tratante debe encontrarse adecuadamente preparado para entender ciertos aspectos o conflictos de estos pacientes; no es necesario que sea un siquiatra consumado, pero si, con los conocimientos suficientes para interpretar y transformar en actitudes positivas, apreciaciones que en nuestros enfermos son consideradas como negativas, pero que dentro de las actividades de la comunidad, son factores esenciales de progreso.

El reposo es importante en las fases agudas de la úlcera; hay pacientes que sin ninguna o escasa terapéutica, sacados temporalmente de sus preocupaciones habituales del trabajo y colocados en condiciones ideales de reposo, tienen una tendencia a la remisión y cicatrización de su lesión. Cuando deseamos apreciar el poder de cicatrización rápido de una úlcera, por duda de estar frente a una complicación, o duda frente a la benignidad en la úlcera gástrica, creemos que el rigor del tratamiento debe ser mayor, el reposo indispensable, y el diagnóstico y conducta deben apoyarse en la apreciación endoscópica repetida.

Debe eliminarse todo tipo de drogas que ataquen la mucosa gástrica, en forma directa o indirecta, tales como los derivados del ácido acetil salicílico, fenilbutazona, corticoides, cafeína, etc.

FARMACOLOGICO:

Los medicamentos más comúnmente utilizados son:

- Bloqueadores H2: Ranitidina 300 mg cada noche por 4 semanas.
- Bloqueadores de la bomba de protones: Omeprazol 20 a 40 mg cada mañana por 4 semanas.
- Protectores de la mucosa: Sucralfato 1 gr cada 6 horas, una hora antes de cada comida.
- Antagonista de los receptores H2.
- El tratamiento sintomático suele hacerse con medicamentos antiácidos, generalmente Hidróxido de Aluminio, Hidróxido de Magnesio o una mezcla de ambos, 30 minutos después de las comidas.
- Agentes Prokineticos
 - Metoclopramida.
 - Antagonista Dopaminérgico que incrementa la presión del esfínter esofágico inferior y mejora el vaciamiento gástrico.
 - Dosis inicial 0.1mg/kg cuatro veces al día antes de la comida y al a hora de acostarse.
 - Cisapride:
 - Es un agente no dopaminérgico.
 - Aumenta la liberación de acetilcolina e incrementa la presión del esfínter



MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA

GUIA: ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA

Levantamiento:
Agosto de 2010

Aprobación:
Octubre de 2010

Código:
G-CE-M-05

Página:
- 7 - de 10

Versión:
01

- esofágico inferior y la amplitud de la contracción esofágica.
• Mejora la contracción antro duodenal y síntomas de regurgitación.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

Generalmente el estudio y manejo de los pacientes con enfermedad ácido péptico se realiza de manera ambulatoria y ocasionalmente se resuelven crisis dolorosas en el servicio de urgencias, sin embargo deben hospitalizarse los pacientes que no respondan a las medidas iniciales y que podrían presentarse con complicaciones de la patología tales como hemorragia del tracto digestivo, obstrucción o perforación. En estos casos debe estudiarse la patología intrahospitalariamente, debe instaurarse manejo intravenoso y considerar la Posibilidad de remisión al Cirujano General.

H. DEBE REMITIRSE A URGENCIAS

A todo paciente con intolerancia a la vía oral y que presente signos de deshidratación moderada a severa, o presencia de sangrado gastrointestinal agudo

7. GASTRITIS CRONICA

A. POBLACION DESTINADA: Adultos jóvenes y adultos mayores.

B. DEFINICION Y EPIDEMIOLOGIA

La gastritis crónica es una entidad endoscopia e histológica. La mucosa gástrica se observa pálida con segmentos descoloridos; en un examen histológico se observan las glándulas gástricas en menor cantidad, con trastornos en su distribución y morfología.

Se observa en todas la edades, predominando su aparición en pacientes entre los 36 años y los 55 años de edad. Luego de los 60 años la incidencia de gastritis mucosa se eleva hasta el 60 por ciento, pero solo una fracción de ella es clínicamente significativa. No se ha demostrado diferencias entre géneros.

En Colombia se ha demostrado una alta incidencia y prevalencia en los departamentos de Cundinamarca, Boyacá y Nariño, en los cuales a su vez se presenta un alto índice de Cáncer gástrico.

C. CLASIFICACION

Clasificación de gastritis crónica basada en la topografía, morfología y etiología

Tipo de gastritis		Factores etiológicos	Sinónimos
Gastritis crónica no atrófica		H. pylori Otros factores	Superficial, GDA (gastritis difusa antral) GCA (gastritis crónica antral) Intersticial-folicular Hipersecretora Tipo B
Gastritis crónica atrófica	Autoinmune	Autoinmunidad	
	Atrófica Multifocal	H. pylori Dieta Factores ambientales (?)	Tipo A Corporal difusa Asociada a anemia perniciosa Tipo B Tipo AB Ambiental Metaplásica

Correa P, Yardley J. Grading and classification of chronic gastritis 1993

D. MANIFESTACIONES CLINICAS

- Inespecíficas. Dispepsia.
- Pirosis. Anorexia.
- Distensión Abdominal. Náuseas con o sin emesis
- Hipo. Sangrado es inusual (excepto en la gastritis hemorrágica).

E. DIAGNOSTICO

El diagnóstico certero se realiza por medio de la endoscopia del aparato digestivo superior. Histopatológicamente se observa infiltración de polimorfo nucleares.

F. TRATAMIENTO

Medidas higiénico-dietéticas: aunque no hay estudios que demuestren que los cambios en la dieta o hábitos mejoren los síntomas dispépticos, es lógico recomendar dejar de fumar, evitar alimentos que causen molestias y empeoren los síntomas, evitar café, alcohol, AINES, etc.

Antisecretores (antiH2 e IBP): han demostrado ser superiores al placebo en la desaparición o mejora de los síntomas de la dispepsia funcional, sin existir diferencias significativas entre ambos grupos. Si bien los IBP se muestran más eficaces entre los Pacientes en los que predominan los síntomas de tipo ulceroso. **Procinéticos:** podrían tener un moderado efecto paciente en los que predominan los síntomas tipo dismotilidad.

G. CUANDO REMITIR:

Perforación: Sospecha en paciente con gastritis o ulcera diagnosticada y que consulte con abdomen agudo.

Hemorragia: Sangrado Vías Digestivas Altas o Bajas.

Obstrucción: Caracterizado por ausencia de flatos, deposición emesis fecaloide, borborigmos (aumento ruidos intestinales).



MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA

GUIA: ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA

Levantamiento:
Agosto de 2010

Aprobación:
Octubre de 2010

Código:
G-CE-M-05

Página:
- 9 - de 10

Versión:
01

8. HELYCOBACTER PYLORI

El H. pylori es una bacteria que debilita la mucosa gástrica, favoreciendo la aparición de irritación y úlceras.

H. pylori se puede diagnosticar mediante pruebas de sangre, aliento y tejido

- **Sangre:** se busca anticuerpos para la H. pylori; es el análisis menos costoso. Tiene una exactitud de aproximadamente 90%.
- **Aliento de urea:** detecta subproductos de la bacteria H. pylori. Este tipo de análisis es un poco más preciso pero menos disponible en nuestro medio. Su medición se hace posterior a la ingesta de urea. La bacteria, en caso de estar presente modifica esta sustancia y esa modificación es posible detectarla a nivel de laboratorio.
- **Endoscopia:** donde es posible tomar biopsias. Ésta es la manera más exacta de diagnosticar H. pylori. Estas muestras posteriormente son cultivadas.

Tratamiento Helicobacter pylori:

Tri- Conjugado: **Metronidazol** 500mg cada día por una semana + **Tetraciclina** 250mg día o amoxicilina 500mg día por 2 semanas o **Claritromicina** 300mg día por 1 semana + **Omeprazol** 20 mg cada 12 horas por 2 semanas

Otros Fármacos Utilizados:

Antibióticos: Metronidazol, tetraciclina, Claritromicina, amoxicilina

Bloqueadores H₂: cimetidina, ranitidina, famotidina, nizatidina

Inhibidores de la bomba de protones: Omeprazol, lansoprazol

Protector del revestimiento gástrico: subsalicilato de bismuto



MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA

GUIA: ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA

Levantamiento:
Agosto de 2010

Aprobación:
Octubre de 2010

Código:
G-CE-M-05

Página:
- 10 - de 10

Versión:
01

9. ALGORITMO

