

FECHA APROBACIÓN: 30/09/2019

VERSIÓN: 001

PÁGINA 1 DE 14

CÓDIGO: HGDC-PROT-UPNC

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN



“Protocolo de Enfermedad Úlcero Péptica No Complicada”

	Nombre	Cargo	Fecha	Firma
Elaborado por:	Dra Carolina Del Salto	Médico tratante gastroenterología.	05/07/2019	
Revisado por:	Dr. Silvano Bertozzi	Coordinador Técnico de Áreas Clínicas	06/08/2019	
	Dr. Santiago Bustos	Médico Gastroenterólogo	06/08/2019	
	Dr. Ricardo Bedón.	Médico Internista.	06/08/2019	
	Dra. Gladys Quevedo	Directora Asistencial	26/08/2019	
Aprobado por:	Dr. Jorge Peñaherrera	Gerente General	30/09/2019	

“Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración / revisión de este protocolo”



Contenido

1. INTRODUCCIÓN:	3
2. OBJETIVO	4
3. ALCANCE	4
4. DEFINICIONES Y CONCEPTOS:	5
5. DIAGNOSTICO	5
• <i>Cuadro clínico</i>	5
Examen físico	6
• Exámenes de gabinete	6
• Escalas de estratificación	7
6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	7
7. TRATAMIENTO	7
• Medidas generales:	8
• Manejo específico:	8
• Farmacológico:	10
8. CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO	11
• Hospitalización o Terapia Intensiva:	11
• Referencia/Contrarreferencia:	11
9. BIBLIOGRAFÍA	12
10. ANEXOS	13
11. CONTROL DE CAMBIOS	14



FECHA APROBACIÓN: 30/09/2019

VERSIÓN: 001

PÁGINA 3 DE 14

CÓDIGO: HGDC-PROT-UPNC

1. INTRODUCCIÓN:

La enfermedad úlcero péptica (UP) es una condición clínica crónica del tubo digestivo caracterizada por remisiones y exacerbaciones cuya lesión se manifiesta por daño necrótico de la mucosa que se extiende más allá de la muscularis mucosae, produciendo una lesión excavada secundaria a la acción de la pepsina y el ácido clorhídrico (1).

Ocurre con casi la misma frecuencia en los países orientales y en los occidentales, pero ambas regiones muestran diferencias epidemiológicas, esta variabilidad puede ser debida a cambios en la tasa de infección por *helicobacter pylori*, factores ambientales (ingesta de aspirina y/o AINE, tabaquismo, factores dietéticos), genéticos (sexo, grupo sanguíneo), y el aumento de la esperanza de vida. (1,2)

La prevalencia, en países occidentales desarrollados es elevada ya que un 5- 15% de las personas la van a padecer en algún momento de su vida. En la mayor parte de los estudios es algo más frecuente en varones. La incidencia anual oscila entre un 0.04% y el 2.4% para la úlcera duodenal y entre un 0.02% y un 0.34% para la úlcera gástrica. La mortalidad es muy baja, entre un 2-3/100.000. (1,2)

La úlcera duodenal es claramente más frecuente que la gástrica en Occidente aunque la tendencia al descenso es mayor en la úlcera duodenal. La úlcera duodenal se diagnostica hacia los 40 años por término medio y es más frecuente en varones, aunque en algunos estudios se ha igualado en ambos sexos. La úlcera gástrica se suele diagnosticar más tarde, por término medio hacia los 55 años y afecta por igual a ambos sexos. (1,2)

En la actualidad, la UP se asocia con presencia de *helicobacter pylori* (Hp) en 50-70% de los casos y con ingesta de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en 24% de los casos. Además las úlceras gástricas, se conoce su estrecha relación con cáncer gástrico; hasta un 3% de ellas, con apariencia de benignidad son carcinomas y su diagnóstico temprano conduce a una sobrevida hasta del 50% a cinco años. En general, cicatrizan más lentamente y su recurrencia es similar a la de la úlcera duodenal. (1,2)

Las enfermedades concomitantes, como diabetes mellitus, hipertensión arterial, incrementan la mortalidad en el enfermo con UP complicada. La infección por Hp y la ingesta de AINE son factores de riesgo asociados a la mayoría de complicaciones. (3)

Dado que a nivel local se desconoce una epidemiología exacta y a su vez no se dispone de análisis de costos locales entorno a esta enfermedad, no se dispone de datos actuales sobre dicho problema, a su vez es indispensable unificar criterios clínicos y procedimientos para un correcto abordaje de la enfermedad úlcero péptica.



2. OBJETIVO

Objetivo general:

Estandarizar la práctica clínica para la detección y tratamiento de la enfermedad úlcero péptica.

Objetivos específicos:

- Realizar la búsqueda activa a través de los elementos clínicos que sugieran enfermedad ulcero péptica (anamnesis, examen físico, exámenes de laboratorio)
- Determinar las causas tratables de enfermedad ulcero péptica.
- Orientar el seguimiento de los pacientes en tratamiento con enfermedad ulcero péptica.
- Educar a los profesionales.
- Disminuir la variabilidad profesional en el diagnóstico y manejo.
- Mejorar la calidad asistencial.
- Emitir recomendaciones claras y precisas.
- Facilitar la aplicación.
- Estandarizar la práctica clínica.
- Reconocer las manifestaciones clínicas y los métodos diagnósticos que corroboren una detección temprana de la UP.
- Establecer criterios de referencia y contra referencia.

3. ALCANCE

Este protocolo está orientado para médicos del servicio de medicina interna, gastroenterología y médicos de primer nivel.



FECHA APROBACIÓN: 30/09/2019

VERSIÓN: 001

PÁGINA 5 DE 14

CÓDIGO: HGDC-PROT-UPNC

4. DEFINICIONES Y CONCEPTOS:

Helicobacter pylori: Es una bacteria gram negativa con forma de bacilo helicoidal (de esta característica morfológica deriva el nombre de Helicobacter) que habita en el epitelio gástrico humano. La infección por *H. pylori* puede producir inflamación de la mucosa gástrica que puede progresar llevando a la producción de gastritis, úlcera péptica y linfoma de tejido linfoide asociado a mucosa (MALT). ^(1,2)

Úlcera péptica: Una úlcera péptica es una solución de continuidad en la mucosa que recubre el estómago o el duodeno, que es la primera parte del intestino delgado. ^(1,2)

Antiinflamatorios no esteroideos (AINE): son un grupo de medicamentos ampliamente usados para tratar el dolor, la inflamación y la fiebre. En este grupo se incluyen medicamentos tan conocidos y usados como el ácido acetil-salicílico, ibuprofeno, indometacina, diclofenaco, piroxicam, etc. Se trata de fármacos que se han utilizado para aliviar síntomas como el dolor, la inflamación aguda y crónica. ^(1,2)

Inhibidor de los receptores de la H₂ o antagonista H₂ (AHR2): son medicamentos usados para el bloqueo de las acciones de la histamina a nivel de los receptores sobre las células parietales en el estómago, conllevando a una disminución en la producción de ácido del jugo gástrico. ^(1,2)

Endoscopia: Procedimiento realizado por el médico gastroenterólogo, en el cual se introduce un tubo por la boca, para examinar desde el esófago hasta la segunda porción duodenal.

5. DIAGNOSTICO

- **Cuadro clínico**

Las úlceras gástricas y duodenales por lo general no pueden diferenciarse solo en la historia, aunque algunos hallazgos pueden ser sugestivos. (2)

El dolor epigástrico es el síntoma más común de las úlceras tanto gástricas como duodenales. Se caracteriza por una sensación de ardor y se presenta después de las comidas: clásicamente, poco después de las comidas con úlcera gástrica y 2-3 horas después con la úlcera duodenal. Los alimentos o los antiácidos alivian el dolor de las úlceras duodenales, pero proporcionan un alivio mínimo del dolor de la úlcera gástrica. ⁽²⁾

El dolor de la úlcera duodenal a menudo despierta al paciente por la noche. Alrededor del 50-80% de los pacientes con úlceras duodenales experimentan dolor nocturno, en comparación con solo el 30-40% de los pacientes con úlceras gástricas y el 20-40% de los pacientes con dispepsia funcional. El dolor generalmente sigue un patrón diario específico para el paciente. (2)



Otras manifestaciones incluyen las siguientes:

- Dispepsia, incluidos eructos, distensión abdominal, intolerancia a los alimentos grasos
- Acidez
- Hematemesis o melena por sangrado gastrointestinal. Melena puede ser intermitente durante varios días o episodios múltiples en un solo día.
- En raras ocasiones, una úlcera sangrante puede presentarse como hematoquezia.
- Pueden presentarse síntomas consistentes con anemia (p. Ej., Fatiga, disnea)
- La aparición repentina de síntomas puede indicar una perforación.
- La gastritis o úlceras inducidas por AINE pueden ser silenciosas, especialmente en pacientes ancianos.
- En la investigación, solo el 20-25% de los pacientes con síntomas que sugieren una ulceración péptica tienen una úlcera péptica. (2, 3)

Los signos de alarma independientemente de la edad que requiere una referencia rápida a gastroenterología incluyen lo siguiente:

- Sangrado o anemia
- Pérdida de peso inexplicable, al menos 5% en últimos 6 meses.
- Disfagia progresiva u odinofagia
- Vómitos recurrentes más de 10 veces al día.
- Antecedentes familiares de cáncer gastrointestinal

Examen físico

En la enfermedad de úlcera péptica, los hallazgos clínicos son pocos e inespecíficos. (2,3)

- **Exámenes de gabinete**

La exploración fundamental que establece el diagnóstico definitivo de úlcera gastroduodenal es la endoscopia digestiva. No sólo visualiza el nicho ulceroso sino que permite valorar sus características morfológicas, localización, estado evolutivo y, lo que es muy importante, permite la toma de muestras para valorar la infección por Hp y la histología de la lesión. Una úlcera duodenal muy raramente es maligna, sin embargo, en la úlcera gástrica se debe seguir su evolución y confirmar la reparación histopatológica para descartar malignidad.

En estos momentos la radiología baritada ha caído casi completamente en desuso en el diagnóstico de este proceso, salvo que por alguna razón no pueda realizarse la endoscopia. (2,3)



- **Escalas de estratificación**

No se dispone de escalas de estratificación para enfermedad úlcero péptica no complicada.

6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial abarcará, dada la inespecificidad de los síntomas, a muchas entidades, pero es fundamental estar alerta siempre para descartar la presencia de cáncer gástrico con la intención de detectarlo lo más precozmente posible ya que de ello depende el pronóstico. Por ello se recomienda que ante una situación clínica de dispepsia persistente del tipo que sea y edad por encima de los 40-45 años se debe programar una endoscopia oral con la intención fundamental de detectar la presencia de cáncer gástrico. (3)

1. Dispepsia funcional.

La dispepsia funcional es un diagnóstico de exclusión realizado en pacientes con dolor epigástrico crónico persistente en los que una evaluación exhaustiva no muestra enfermedad orgánica. Los pacientes pueden tener principalmente dolor epigástrico, que se conoce como dispepsia similar a una úlcera, o pueden tener síntomas de hinchazón postprandial, que se conoce como dispepsia similar a la motilidad. (3-5)

2. Enfermedad de Crohn

La ulceración de Crohn puede afectar a cualquier parte del tracto GI desde la mucosa bucal hasta el recto. La afectación del esófago, estómago o duodeno es la más rara y generalmente aparece asociada con la del intestino delgado o colon. Solo el 0,2 % de los pacientes tendrán afectado el esófago, seguidos del estómago y duodeno en 1-4%. Las úlceras tienen una evolución en diferentes estadios, pueden iniciar como úlceras aftosas, caracterizadas por ser lesiones redondeadas, superficiales, de pequeño tamaño, con fondo recubierto de fibrina, rodeadas de mucosa de aspecto normal. Estas úlceras aftosas son el resultado de la expansión de los folículos linfoides submucosos con penetración en la mucosa. Cuando la enfermedad progresa, estas úlceras superficiales tienden a aumentar de tamaño, a hacerse más profundas o juntarse entre ellas dando lugar a úlceras lineales y estrelladas. (3-5)

7. TRATAMIENTO

El objetivo va a ser lograr la curación definitiva de la enfermedad. La mayoría de las úlceras están asociadas a *Helicobacter pylori* y es indispensable erradicar la infección ya que así conseguimos la curación definitiva de la enfermedad y por tanto estamos consiguiendo cambiar el curso de la enfermedad al evitar la recidiva.

Cuando la úlcera está causada por un AINE debemos intentar suprimir esta terapéutica, aunque esto es a veces imposible por suponer una disminución en la calidad de vida del paciente. (5)

- **Medidas generales:**

La alimentación puede ser libre ya que no hay fundamentos científicos para imponer algún tipo de dieta; sólo hay que restringir los alimentos que según la experiencia del paciente le producen repetidamente síntomas. Por la misma razón pueden consumir café o alcohol de forma moderada. Debemos recomendar el abandono del hábito tabáquico. Los AINE deben ser utilizados de forma restrictiva y en caso de ser necesarios hay que realizar tratamiento concomitante con fármacos antiulcerosos ya que así reducimos el riesgo de reagudizaciones o complicaciones graves. (1)

- **Manejo específico:**

Terapia no erradicadora.

El fármaco de primera línea para el tratamiento inicial sin erradicación de las úlceras gástricas o duodenales son los IBP, con las siguientes recomendaciones.

- Recomendamos los IBP porque varios metanálisis (Salas M. et al. 2002. El RR agrupado de los IBP (lansoprazol, omeprazol y pantoprazol) fue de 1,33 (IC del 95%: 1,24 a 1,42. Di Mario F. et al. 1996. La cimetidina, la ranitidina y la famotidina demostraron ser significativamente mejores que el placebo a las cuatro y seis semanas: 2.67 (2.03-3.52), 3.94 (2.28-6.80), 1.76 (1.08-2.88), respectivamente. Eriksson et al. 1995. La diferencia en las tasas de curación favoreció a omeprazol sobre la ranitidina en pacientes con úlcera duodenal después de 2 semanas de tratamiento (15,2 %; P <0,001), y después de 4 semanas de tratamiento en pacientes con úlcera gástrica (9,9 %; P <0,005). De manera similar, el omeprazol dio una tasa de curación promedio 20.6 unidades porcentuales más alta que la cimetidina en pacientes con úlcera duodenal después de 2 semanas de tratamiento (P <0.0001)) a las cuatro semanas) demostraron que la tasa de curación de úlceras de los IBP fue significativamente mayor que la de las ARH₂.
- Los IBP deben ser administrados en dosis únicas.
- Si IBP no se puede prescribir, ARH-2, sucralfato o misoprostol deben ser considerados.
- En la terapia de no erradicación de las úlceras gástricas, el tratamiento de mantenimiento es eficaz para prevenir la recurrencia de las úlceras en las úlceras gástricas curadas, y se recomienda este tratamiento. (6)

Erradicación del Helicobacter Pylori

H. Pylori, es la causa de la gastritis asociada a la úlcera péptica y su erradicación reduce las recidivas ulcerosas. Se realiza un tratamiento triple, para prevenir las



FECHA APROBACIÓN: 30/09/2019

VERSIÓN: 001

PÁGINA 9 DE 14

CÓDIGO: HGDC-PROT-UPNC

resistencias adquiridas, comprobándose con estas pautas la erradicación en el 90% de casos. Los inconvenientes son su complejidad que dificulta el cumplimiento y la elevada incidencia de efectos adversos. (6,7)

Se tiene que considerar:

- La terapia de erradicación en pacientes positivos para *H. pylori* con una úlcera gástrica o duodenal activa se realiza como tratamiento inicial, ya que la erradicación exitosa de *H. pylori* acelera la curación de la úlcera gástrica o duodenal.
- Después de la terapia de erradicación de *H. pylori*, se recomienda un tratamiento adicional para la curación de úlceras. En el caso de úlcera duodenal la indicación es de mantener el omeprazol a doble dosis por 8 semanas.
- En el caso de úlcera gástrica se debe continuar con el IBP por 12 semanas y posteriormente remitir a Gastroenterología para la realización de endoscopia digestiva alta de control.
- La terapia triple con IBP (40 mg 30 minutos antes del desayuno y cena, amoxicilina (1 gramo cada 12 horas) mas claritromicina (500 mg cada 12 horas) por 14 días es eficaz como tratamiento de erradicación de *H. pylori* de primera línea. (6,7)
- Una dosis alta de IBP aumenta la eficacia de la terapia triple.
- No hay diferencias significativas en las tasas de curación entre los IBP (omeprazol, lansoprazol, rabeprazol y esomeprazol).
- El control de erradicación se debe realizar luego de 4 semanas de terminar el tratamiento con un examen de antígeno en heces para helicobacter pylori. (es importante que el paciente no se encuentre tomando omeprazol ni antibióticos durante este periodo)
- En caso de falla de tratamiento de primera línea se recomienda la administración de omeprazol (40 mg 30 minutos antes del desayuno y cena, amoxicilina (1 gramo cada 12 horas) mas levofloxacina (500 mg cada día) por 14 días. (6,7)
- En caso de persistir positivo el antígeno en heces para helicobacter pylori, el paciente debe ser remitido a Gastroenterología.

Úlceras asociadas a AINE o aspirina.

Los AINE y aspirina son la causa más importante de enfermedad de úlcera péptica en países donde la prevalencia de *H. pylori* está disminuyendo.

Más del 85% de las úlceras asociadas a AINE o aspirinas logran curación con 6-8 semanas de terapia IBP, siempre que los AINE o la aspirina se suspendan. La curación de la úlcera puede ser lograda, pero se retrasa si los pacientes continúan usando AINE. (6,7)



Las principales recomendaciones son las siguientes.

- Se deben suspender los AINE o aspirina y se recomienda la administración de medicamentos contra la úlcera.
 - Si no se pueden suspender los AINE, se recomienda la administración de IBP.
 - La tasa de curación de las úlceras gástricas y duodenales fue mayor en los grupos de IBP.
 - La erradicación de *H. pylori* se recomienda para la prevención de úlceras en pacientes que comienzan un tratamiento con AINE.
 - La prevención de las úlceras inducidas por AINE es necesaria y se recomienda incluso en pacientes sin antecedentes de úlceras.
 - En pacientes que reciben combinaciones de AINE y aspirina en dosis bajas, se recomienda la administración de IBP para la prevención de úlceras.
 - Los IBP previenen eficazmente las úlceras inducidas por AINE en pacientes con antecedentes de úlceras; por lo tanto, se recomienda la administración concomitante de un IBP como fármaco de primera línea.
 - La administración concomitante del inhibidor selectivo de la ciclooxigenasa (COX) -2, celecoxib y PPI, se recomienda para prevenir la recurrencia de sangrado. Úlceras inducidas por AINE en pacientes con antecedentes de úlceras sangrantes. (6,7)
- **Farmacológico:**

Fármacos

1. Bloqueadores H2: son fármacos antisecretores cuyo mecanismo de acción consiste en inhibir de forma reversible la acción de la histamina sobre el receptor H2 de la célula parietal gástrica. Se incluyen en este grupo ranitidina, famotidina, roxatidina y la nizatidina. Han demostrado ser eficaces y seguras en la cicatrización de las lesiones ulcerosas así como en la disminución de las recidivas si se administran de forma continua. En cuatro semanas consiguen cicatrizar el 80-85% de las úlceras duodenales y el 70-75% de las úlceras gástricas. A las 6 semanas estas cifras ascienden a un 90-92% y a un 80-85% respectivamente. La eficacia, seguridad y efectos secundarios de los diferentes fármacos de este grupo son parecidos y el utilizar uno u otro va a depender de la experiencia y opinión del médico responsable. (1,2)
2. Inhibidores de la bomba de protones (IBP): omeprazol, lansoprazol y pantoprazol inhiben la secreción gástrica de forma muy efectiva. Son más rápidos y eficaces que los bloqueadores H2 en lograr alivio sintomático y cicatrizar las lesiones. En cuatro semanas cicatrizan el 92-96% de las úlceras duodenales y un 85% de las úlceras gástricas. A las ocho semanas de tratamiento más del 95% de las lesiones, tanto duodenales como gástricas, están cicatrizadas. (1,2)
3. Fármacos antimicrobianos: los principales antibióticos usados en el tratamiento erradicador, que tienen efecto sistémico, son amoxicilina, claritromicina,



FECHA APROBACIÓN: 30/09/2019

VERSIÓN: 001

PÁGINA 11 DE 14

CÓDIGO: HGDC-PROT-UPNC

metronidazol y tetraciclina. También se ha usado la azitromicina pero no es tan eficaz como la claritromicina o el metronidazol y no se recomienda. Los antimicrobianos que actúan dentro de la luz del estómago tópicamente son las sales de bismuto y la furazolidona. Las tasas de erradicación de *Helicobacter pylori* son muy bajas con tratamiento antibiótico único. Las combinaciones de antibióticos proporcionan las mejores tasas de curación y estos regímenes se usan durante 10 ó 14 días. (1,2)

- **No farmacológico:**

La evidencia no muestra un tratamiento no farmacológico eficaz.

8. CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO

- **Hospitalización o Terapia Intensiva:**

El paciente con una úlcera péptica no complicada no requiere manejo en unidad de cuidados intensivos.

- **Referencia/Contrareferencia:**

Referencia:

El paciente con diagnóstico de úlcera péptica no complicada no tiene indicación de referencia al tercer nivel.

Contrareferencia:

1. El paciente que fue diagnosticado por endoscopia de úlcera péptica, que requirió tratamiento de erradicación para *helicobacter pilory* y se confirmó su negatividad luego del tratamiento, en el caso de úlcera duodenal se puede realizar una contrareferencia y o referencia inversa al primer nivel. El paciente con úlcera gástrica requiere un nuevo control endoscópico luego del tratamiento por el riesgo de la asociación de su presencia con cáncer gástrico.
2. El paciente en el cual se constata la curación completa y definitiva de la úlcera sea gástrica o duodenal no tiene indicación de continuar con IBP de forma indefinida.
3. El paciente que requiere la administración continua de ASA y o AINES y se realizó tratamiento erradicador para *helicobacter pilory* con su confirmación negativa posterior al mismo, no requiere la administración continua de IBP.

Referencia del primer nivel:

Para endoscopia en diagnóstico de novo de úlcera péptica.

1. Fracaso erradicador en úlcera péptica o refractariedad tras dos intentos terapéuticos.
2. Pacientes con signos de alarma antes descritos.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Truyols et al. Úlcera gástrica y duodenal. Guía de Actuación Clínica en A. P. Centro de Salud Santa Faz-Ayuntamiento. Alicante. <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap035ulcera.pdf>
2. Ferrer et al. Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre úlcera péptica. Hospital Universitario Virgen Macarena-Sevilla. https://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_ULCERA.pdf
3. Noble-Lugo A, et al. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por úlcera péptica. Tratamiento. Rev Gastroenterol Mex, Vol. 74, Núm. 2, 2009.
4. Kasper DL Fauci AS Hauser SL Longo DL Jameson JL Loscalzo J Harrison's Principles of Internal Medicine. 19th edn. McGraw Hill Education, New York, NY; 2015: 1911-1932.
5. Angel Lanas, Francis K L Chan. Peptic ulcer disease. Lancet 2017; 390: 613–24
6. Satoh K, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for peptic ulcer disease 2015. J Gastroenterol. 2016 Mar;51(3):177-94.
7. G Tyagi, Manoj & Arumugamsamy, K. Treatment of Peptic ulcer; Current status and potential strategies. Journal of Pharmacy and Biological Sciences. Volume 12, Issue 6 Ver. V (Nov. – Dec. 2017), PP 80-85.



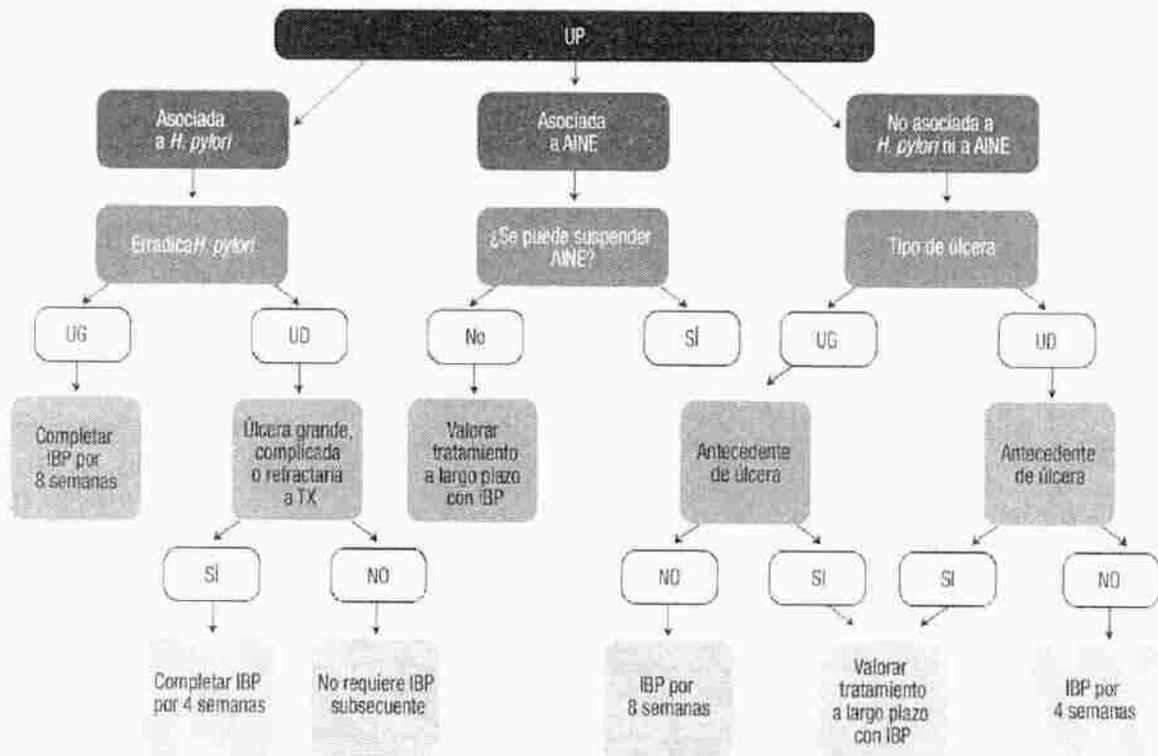
FECHA APROBACIÓN: 30/09/2019

VERSIÓN: 001

PÁGINA 13 DE 14

CÓDIGO: HGDC-PROT-UPNC

10. ANEXOS



UG: Úlcera gástrica; UD: Úlcera duodenal; IBP: Inhibidor de bomba de protones. Modificado de referencia 2.



11. CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	SECCIÓN QUE CAMBIA	VERSIÓN
30/09/2019	Versión Inicial	N/A	001