



Nit: 890.205.335-2

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
SANATORIO DE CONTRATACIÓN E.S.E.
PROTOCOLO
MANEJO DE ENFERMEDAD ACIDO PÉPTICA

PROSPERIDAD
PARA TODOS

PROTOCOLO

MANEJO DE ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA

CIE 10: K25



ELABORADO POR:

CALIXTO DE JESÚS ESCORCIA ANGUILA
Médico General

APROBADO POR:

Comité Médico Científico
Acta 001 de 2014

Revisó: AGR/Calidad
Aprobó: JAS/Gerencia



Fecha: 17-12-2013
Versión: 1
Página: 1 de 12



Nit: 890.205.335-2

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
SANATORIO DE CONTRATACIÓN E.S.E.
PROTOCOLO
MANEJO DE ENFERMEDAD ACIDO PÉPTICA

PROSPERIDAD
PARA TODOS

TABLA DE CONTENIDO

PROTOCOLO MANEJO DE ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA	3
1. OBJETIVOS	3
1.1. OBJETIVO GENERAL	3
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	3
2. CONDICIONES GENERALES:	3
2.1. NIVELES DE EVIDENCIA	3
2.2. ACTUALIZACIÓN DE LA GUÍA	4
2.3. ALCANCE	4
2.4. CONSENTIMIENTO INFORMADO	4
3. DEFINICIONES:	4
4. ETIOPATOLOGIA	5
5. FACTORES DE RIESGO	5
6. CRITERIOS DE DIAGNOSTICO	6
6.1. MANIFESTACIONES CLÍNICAS	6
7. DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD ACIDO PÉPTICA	6
8. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	8
9. TRATAMIENTO MEDICO DE LA ENFERMEDAD ACIDO PÉPTICA	8
9.1. MANEJO MÉDICO AMBULATORIO	8
9.2. MANEJO MÉDICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	10
10. INDICACIONES PARA MANEJO QUIRÚRGICO	11
11. CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN	11
12. CRITERIOS DE REFERENCIA	11
13. BIBLIOGRAFÍA	12



Nit: 890.205.335-2

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
SANATORIO DE CONTRATACIÓN E.S.E.
PROTOCOLO
MANEJO DE ENFERMEDAD ACIDO PÉPTICA

PROSPERIDAD
PARA TODOS

PROTOCOLO MANEJO DE ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA

1. OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GENERAL

Orientar la detección y tratamiento precoz de las causas de la Enfermedad ácido péptica (EAP) con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente y si lo requiere derivar de manera oportuna desde el nivel primario de atención.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Orientar la búsqueda activa a través de los elementos clínicos que sugieran EAP (anamnesis, examen físico, exámenes de laboratorio)
- Determinar las causas tratables de EAP.
- Mejorar el diagnóstico precoz a nivel de centros de atención primaria y unificar criterios para estudios diagnósticos y de derivación.
- Disminuir los tiempos de acceso al especialista de los pacientes con sospecha diagnóstica y/o confirmada de complicaciones de la EAP.
- Orientar el seguimiento de los pacientes en tratamiento por EAP.

2. CONDICIONES GENERALES:

La enfermedad ácido péptica es una entidad crónica, recurrente, en la cual, por acción del ácido y la pepsina y con la presencia de factores predisponentes, se produce ulceración de la mucosa digestiva, es decir, una solución de continuidad que sobrepasa la muscular de la mucosa en cualquiera de los segmentos superiores del tubo digestivo.

2.1. NIVELES DE EVIDENCIA

Niveles de evidencia	Tipo de estudio
IA	Ensayos clínicos aleatorizados. <u>Metanálisis</u> homogéneos.
IB	Evidencia de un ensayo clínico aleatorizados.
IIA	Evidencia procede de un estudio prospectivo controlado, bien diseñado sin aleatorizar.
IIB	Evidencia procede de estudio casi experimental.
III	Estudios descriptivos no experimentales, como de correlación, casos y controles.
IV	Evidencia clínica viene de opiniones de expertos.

El nivel de evidencia usado en esta guía es la IA y la IB.

Revisó: AGR/Calidad
Aprobó: JAS/Gerencia



Fecha: 17-12-2013
Versión: 1
Página: 3 de 12



Nit: 890.205.335-2

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
SANATORIO DE CONTRATACIÓN E.S.E.
PROTOCOLO
MANEJO DE ENFERMEDAD ACIDO PÉPTICA

PROSPERIDAD
PARA TODOS

2.2. ACTUALIZACIÓN DE LA GUÍA

Esta guía se sugiere sea revisada cada 2 años, con el fin de validar si se requiere su actualización.

2.3. ALCANCE

Esta guía está dirigida al personal médico que labora en el Sanatorio de Contratación E.S.E.

2.4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

No es necesario consentimiento informado para ayudas diagnósticas ni para realizar el tratamiento.

3. DEFINICIONES:

Gastritis: La gastritis ocurre cuando el revestimiento del estómago resulta hinchado o inflamado. La gastritis puede durar sólo por un corto tiempo (gastritis aguda) o perdurar durante meses o años (gastritis crónica).

Úlcera péptica: Una úlcera péptica es una llaga en la mucosa que recubre el estómago o el duodeno, que es la primera parte del intestino delgado. El síntoma más común es un ardor en el estómago.

Esofagitis: Es un término general para cualquier inflamación, irritación o hinchazón del esófago, el tubo que va desde la parte posterior de la boca hasta el estómago.

Con frecuencia, la esofagitis es causada por el reflujo de líquido que contiene ácido desde el estómago hacia el esófago, una afección llamada reflujo gastroesofágico. Un trastorno autoinmunitario llamado esofagitis eosinofílica también causa esta afección.

Dispepsia: La dispepsia es un dolor o una sensación incómoda en la parte superior media del estómago. El dolor podría aparecer y desaparecer, pero, por lo general, está presente la mayor parte del tiempo.

Dispepsia funcional: La dispepsia funcional es un cuadro clínico multifactorial, generalmente recurrente, caracterizado por la presencia de signos y síntomas que producen malestar o disconfor en el abdomen superior.



Nit: 890.205.335-2

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
SANATORIO DE CONTRATACIÓN E.S.E.
PROTOCOLO
MANEJO DE ENFERMEDAD ACIDO PÉPTICA

PROSPERIDAD
PARA TODOS

4. ETIOPATOLOGIA

Históricamente la patofisiología de las enfermedades ácido-pépticas se focalizan en las anomalías de la secreción ácida y en la supresión de ácido, como una estrategia de tratamiento. Hoy en día la hipersecreción gástrica, asociada con gastrinoma de Zollinger-Ellison, hiperplasia de las células G, y un aumento de la masa de células parietales, con un desbalance entre la gastrina y la somatostatina, persiste como un punto importante en la enfermedad ácido-péptica. Sin embargo, se conoce que la hipersensibilidad colinérgica y la dominancia parasimpática están relacionadas con la estimulación no solamente del ácido hidrocloclorhídico sino también con la pepsina, lo cual actúa como un cofactor en el desarrollo de erosiones en la mucosa gástrica. El stress psicológico, fumar, el consumo de alcohol, el uso de AINEs, incluyendo la aspirina, bifosfonatos orales, el cloruro de potasio, medicamentos inmunosupresivos, y la disminución de los niveles de prostaglandinas relacionados con la edad, muestran su contribución a la enfermedad úlcero péptica. Sin embargo, el aislamiento del *H. pylori* y su identificación lideran las investigaciones acerca del papel de la inflamación y la cascada de citocinas asociada a la secreción gástrica.

El *H. pylori* evade el ataque del sistema inmune causando una inflamación crónica e indolente por varios mecanismos, puede dañar el sistema de defensa de la mucosa y reducir el grosor de la capa de mucus, disminuye el flujo de sangre a la mucosa, e interactúa con el epitelio gástrico a través de los estadios de la inflamación. La infección por *H. pylori* puede también incrementar la secreción de ácido gástrico por la producción de antígenos, factores de la virulencia, y mediadores solubles, induce la inflamación aumentando la masa de células parietales y así la capacidad de secretar ácido. Asociado al gen CagA puede jugar un importante rol interfiriendo las vías de señalización epitelial que regula la respuesta celular y posiblemente contribuya a la disrupción apical de la barrera gástrica, la secreción de interleukina-8, y cambios fenotípicos en las células epiteliales gástricas.

5. FACTORES DE RIESGO

- 1) Genéticos:
 - Asociación del 50% en gemelos homocigóticos.
 - Los grupos sanguíneos O y los HLA B5 , B12 y BW35 tienen mayor incidencia de úlcera duodenal.
- 2) Edad: La úlcera duodenal es más temprana que la gástrica. Las úlceras asociadas a los AINES son más frecuentes en mayores de 60 años.
- 3) Consumo de agresores gástricos: cigarrillo, alcohol, café, grasas, AINES.
- 4) Enfermedades asociadas: Zollinger - Ellison, mastocitosis sistémica, EPOC, Crohn, Insuficiencia renal crónica, cirrosis hepática, urolitiasis, deficiencia de alfa antitripsina
- 5) Cambios en el estado de ánimo: Estrés, ansiedad, depresión, neurosis.



Nit: 890.205.335-2

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
SANATORIO DE CONTRATACIÓN E.S.E.
PROTOCOLO
MANEJO DE ENFERMEDAD ACIDO PÉPTICA

PROSPERIDAD
PARA TODOS

6. CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

6.1. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El cuadro clínico típico lo constituye dolor abdominal urente, de localización epigástrica, con o sin reflejo a hipocondrio derecho o izquierdo e irradiación a región dorsal en la mayoría de oportunidades.

En la úlcera gástrica, el dolor es desencadenado por las comidas, mientras que en la duodenal, la molestia se mejora con la ingestión de alimentos para reaparecer 90 minutos a tres horas después. En la EAP producida por AINES el dolor se produce tras el consumo del fármaco causal.

Se encuentran típicamente ciertos atenuantes como la comida, los antiácidos y los episodios de emesis.

Si se encuentra un cuadro de inicio súbito y asociado a hematemesis puede considerarse la enfermedad complicada por sangrado digestivo alto; según la intensidad, debe también el clínico pensar en la posibilidad de una úlcera con perforación, lo que constituye una emergencia quirúrgica.

Durante el examen físico suele encontrarse un dolor epigástrico tolerable por el paciente evocado por la palpación, usualmente hay presencia de peristaltismo. Ante signos sugestivos de irritación peritoneal o de sangrado digestivo se debe estar alerta pues sugieren complicaciones agudas que ponen en riesgo la vida del paciente con EAP establecida.

Durante la aproximación clínica del paciente con dolor abdominal epigástrico debemos tener en cuenta los principales diagnósticos diferenciales que bien pueden concomitar o encontrarse en forma aislada en el paciente con sospecha de EAP. Estos son: síndrome coronario agudo, colelitiasis (cólico biliar), colangitis, esofagitis – reflujo gastroesofágico, litiasis renal (cólico renal), trombo embolismo pulmonar, aneurismas aórticos y pancreatitis. Cada uno con una aproximación diagnóstica específica para confirmar o excluir su existencia.

7. DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD ACIDO PÉPTICA

En la EAP el diagnóstico es eminentemente clínico. Así pues, se sugieren los siguientes paraclínicos según el estado del paciente y aclarando que la inmensa mayoría de estos han de ser utilizados en el servicio de urgencias ante complicaciones de la EAP como el sangrado digestivo o la perforación:

- CH (HCT – Hgb – PLT – PT - PTT).
- Pruebas Cruzadas.
- Na – K – BUN – Creatinina

Revisó: AGR/Calidad
Aprobó: JAS/Gerencia



Fecha: 17-12-2013
Versión: 1
Página: 6 de 12



Nit: 890.205.335-2

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
SANATORIO DE CONTRATACIÓN E.S.E.
PROTOCOLO
MANEJO DE ENFERMEDAD ACIDO PÉPTICA

PROSPERIDAD
PARA TODOS

- Sangre oculta en heces, en caso de sangrado no evidente.

Otros que se puedan requerir según presenten o no otras patologías de base. En casos especiales se realiza medición de:

- Pepsina, Gástrina y niveles de ácido.

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. Este procedimiento es frecuentemente utilizado, consume gran cantidad de recursos y es realizado con diferentes costos a través de las múltiples áreas geográficas del mundo, y lo que es aún más importante: en nuestro medio no sólo lo realizan los médicos entrenados para ello. Su seguridad es mucho mayor que la de los estudios radiológicos con bario, es un procedimiento costoso con complicaciones que pueden llegar a ser clínicamente importantes.

Las indicaciones apropiadas para su realización son esenciales para la racional utilización de los recursos.

- Pacientes menores de 45 años en quienes no hay mejoría con el tratamiento médico bien realizado.
- Todo paciente mayor de 45 años que consulte con dispepsia, por estar en zona con alta incidencia de cáncer gástrico.
- Disfagia.
- Hematemesis, melanemesis, melena o enterorragia.
- Sangre oculta en heces.

Helicobacter pylori y ulcera péptica: Hoy en día se ha comprobado claramente la relación causal entre el H. pylori, la EAP (úlceras) y el carcinoma, tanto que se puede afirmar que «La infección por H.pylori asociada a otros cofactores, genera un amplio espectro de desenlaces como son: gastritis simple sin secuelas letales (afortunadamente en la mayoría de los que infecta), úlcera duodenal, úlcera gástrica, maltoma y cáncer gástrico».

Tan clara se constituye esta relación, que se ha podido demostrar la prevalencia de positividad para infección por H. pylori en el 93% de gastritis y en el 90% de úlceras gástricas.

Esta entidad como mecanismo fisiopatológico, a grandes rasgos, conduce a la perpetuación de cambios inflamatorios crónicos sobre el epitelio generando la EAP.

Ya revisados en mayor o menor detalle los mecanismos facilitadores de la EAP, cabe recordar que existen factores protectores que impiden la inclinación del delicado equilibrio que se debe mantener en el medio gastroduodenal.

Revisó: AGR/Calidad
Aprobó: JAS/Gerencia



Fecha: 17-12-2013
Versión: 1
Página: 7 de 12



Nit: 890.205.335-2

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
SANATORIO DE CONTRATACIÓN E.S.E.
PROTOCOLO
MANEJO DE ENFERMEDAD ACIDO PÉPTICA**

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Los más importantes mecanismos protectores se alojan en las células de la mucosa gástrica que secretan moco, en sus 2 fases tanto sol como gel. Este constituye la barrera más eficaz de protección gástrica contra la acción del ácido. Igualmente importante es la producción del ion bicarbonato en la célula mucosa y su paso a la luz gástrica, allí, éste entra en contacto con los hidrogeniones producidos por la célula parietal, formando agua e hidróxido de carbono impidiendo que éstos (el H⁺), al unirse con el cloro, formen mayor cantidad de ácido clorhídrico.

El flujo sanguíneo se constituye en un importante mecanismo protector de la noxa ácida, ya que transporta la sangre rica en oxígeno y las sustancias, como las prostaglandinas, que impiden la perpetuación de la secreción ácida. Igualmente, impiden la hipoxia local que podría favorecer el mal funcionamiento de mecanismos defensores locales como, por ejemplo, la renovación celular.

8. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Dispepsia funcional o Dispepsia no ulcerosa.
- Pancreatitis.
- Enfermedad biliar.
- Angina.
- Reflujo Gastroesofágico.
- Cáncer Gástrico o Pancreático.
- Ruptura esofágica.
- Vólvulo gástrico.
- Ruptura de aneurisma de la Aorta.

9. TRATAMIENTO MEDICO DE LA ENFERMEDAD ACIDO PÉPTICA

Cuando iniciamos el manejo de un paciente con Enfermedad Acido péptica (EAP) tenemos como objetivo inicial el alivio de los síntomas, que en general se puede obtener con casi todas las alternativas farmacológicas disponibles, sin embargo el manejo sintomático no es suficiente, y cuando hablamos de un tratamiento adecuado de la UP está implícito seleccionar un régimen terapéutico que asegure la cicatrización de la úlcera y una prevención de las recidivas, por lo que un tratamiento integral de la enfermedad debe incluir estrategias como la erradicación de la infección por H. pylori, o menos frecuentemente una terapia de mantenimiento.

9.1. MANEJO MÉDICO AMBULATORIO

Esta es la área de intervención más precoz y donde la práctica médica debe focalizarse. El médico general debe realizar el manejo de la patología en el 90% de casos por el servicio de consulta externa.

Revisó: AGR/Calidad
Aprobó: JAS/Gerencia



Fecha: 17-12-2013
Versión: 1
Página: 8 de 12



Nit: 890.205.335-2

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
SANATORIO DE CONTRATACIÓN E.S.E.
PROTOCOLO
MANEJO DE ENFERMEDAD ACIDO PÉPTICA

PROSPERIDAD
PARA TODOS

Se deben promover estilos de vida saludables para evitar los factores promotores de la enfermedad como la prevención del consumo de alcohol, AINES y de cigarrillo, así como una dieta corriente con tres comidas diarias y con horario regular. La ingesta de lácteos no se debe estimular como se hacía anteriormente, porque aunque tiene una relativa acción neutralizante, tiene también un efecto estimulante de la secreción ácida.

El manejo farmacológico se fundamenta en la disminución en la producción de ácido y la erradicación de factores asociados como el H. pylori.

- **Neutralizantes ácidos:** (gel hidróxido de Al o Mg) no se recomiendan como monoterapia, pero se pueden usar para el manejo de los síntomas iniciales.
- **Sucralfato:** Es un complejo octosulfato de sucrosa y aluminio que tiene acción citoprotectora dada por la formación de complejos adherentes con las proteínas en la base de la úlcera, estimula la síntesis de prostaglandinas endógenas. Se usa en dosis de 4 gr al día, dividido en 4 tomas con una tasa de cicatrización del 80 % en 4 semanas.
- **Antagonistas de receptores H2:** El primero en aparecer fue la cimetidina, pero aparecieron otros más potentes como la ranitidina y la famotidina. Tienen un porcentaje de cicatrización a las cuatro semanas del 80%. La dosificación recomendada por seis semanas es: cimetidina 800 mg día, Ranitidina 300 mg día, famotidina 40 mg día. No tienen efecto sobre el H. pylori, por lo que su uso se restringe al manejo de EAP no relacionada con H. pylori.
- **Inhibidores de la bomba de protones:** Inhiben de forma irreversible la bomba H K ATPasa, por lo que su efecto sólo se revierte cuando se sintetiza nuevamente la bomba. El porcentaje de cicatrización en cuatro semanas es del 85-95%, y no hay variaciones clínicamente significativas con los diferentes representantes de éste grupo de fármacos. Son en la actualidad los más potentes antiseoretos y por tanto, los medicamentos de elección en el manejo de la EAP, y en combinación con antibióticos, en el manejo del H. Pylori.

Terapia de erradicación de la infección por Helicobacter pylori

Mucho se ha escrito y se ha propuesto en torno al manejo de la infección por H. pylori, aún más, cada día aparecen nuevas propuestas terapéuticas eficaces en el tratamiento de la infección. Existen diferentes corrientes terapéuticas fundamentales entre las cuales se destacan las propuestas norteamericanas del tratamiento por 2 semanas y las propuestas europeas que sugieren la erradicación con el tratamiento por 1 semana.

Esta discusión es amplia y depende de susceptibilidades locales de la bacteria e inherentes a cada grupo poblacional de ahí, que no exista un tratamiento efectivo en el 100% de casos; más bien, se proponen tratamientos efectivos en otras latitudes aconsejables a nuestro entorno.

En los regímenes de tratamiento para H. pylori, todos los estudios llevan a recomendar el siguiente esquema, con tasa de erradicación del 86-95%, es:

- Omeprazol 20 mg cada 12 hrs por 2 semanas.
- Claritromicina 500 mg cada 12 hrs por 2 semanas.
- Amoxicilina 1 gr cada 8 hrs por 2 semanas.

Revisó: AGR/Calidad
Aprobó: JAS/Gerencia



Fecha: 17-12-2013
Versión: 1
Página: 9 de 12



Nit: 890.205.335-2

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
SANATORIO DE CONTRATACIÓN E.S.E.
PROTOCOLO
MANEJO DE ENFERMEDAD ACIDO PÉPTICA**

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Las indicaciones aceptadas para el manejo del H. Pylori son:

- Úlcera gástrica o duodenal, activa o no.
- Linfoma MALT.
- Gastritis atrófica.
- Resección reciente de cáncer gástrico.
- Gastritis folicular.
- Paciente con Helicobacter positivo y familiar en primer grado de consanguinidad con carcinoma gástrico.
- Paciente con helicobacter sin las indicaciones anteriores, que desea ser tratado.

9.2. MANEJO MÉDICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

La aproximación al paciente en el servicio de urgencias constituye un definitivo manejo sintomático del paciente. Se recomienda la administración de antiácidos como el gel hidróxido de aluminio o gel hidróxido de magnesio en una dosis única de 15 – 30 cc, pero nunca debe darse salida al paciente con fórmula ambulatoria para el uso de éstos, ya que solo es manejo sintomático y podría enmascarar una patología mayor de fondo como una úlcera gástrica o una carcinoma gástrico.

Al igual que el manejo ambulatorio, se pretende eliminar la producción ácida por medio de inhibidores irreversibles de la bomba de protones o por medio de los bloqueadores de los receptores de histamina. Idealmente se debe utilizar el Omeprazol 20 – 40 mg IV cada 24 horas sin embargo, dados los costos, se pueden utilizar 20 – 40 mg VO diarios en ayunas. En pacientes complicados por sangrados digestivos altos, también se recomienda la infusión de Omeprazol.

En cuanto al uso de Ranitidina se recomiendan 50 mg IV cada 24 horas pudiéndose administrar 50 mg IV como dosis de carga y continuar 50 mg IV cada 8 horas por 24 horas. Finalmente en casos extremos o de sangrado digestivo alto se recomiendan infusiones continuas de 150 mg (3 amp) en 500 cc de SSN para 12 horas o 250 mg (5 amp) en 500 cc de SSN para 24 horas.

En caso de conocerse la presencia de ulceración se recomienda el Sucralfato 1 gr cada 6 horas.

Además de las medidas farmacológicas se debe hacer énfasis en la suspensión de consumo de ASA, AINES y corticoides orales que pueden ser causantes de la EAP. Adicionalmente todos los pacientes requieren ser remitidos a Gastroenterología una vez salen del servicio de urgencias o bien ser direccionados a la consulta externa para iniciar el tratamiento inicial ambulatorio de su EAP por 6 – 8 semanas.



Nit: 890.205.335-2

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
SANATORIO DE CONTRATACIÓN E.S.E.
PROTOCOLO
MANEJO DE ENFERMEDAD ACIDO PÉPTICA**

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

10. INDICACIONES PARA MANEJO QUIRÚRGICO

Se considera que la EAP debe ser de manejo médico excepto cuando hay complicación como la perforación, la obstrucción, la no respuesta al tratamiento médico bien instaurado y el sangrado digestivo intratable por medio de endoscopias terapéuticas.

La decisión quirúrgica se fundamenta en la localización de la úlcera según la clasificación de Jhonson, así :

- Tipo I : Cuerpo – curvatura menor. Secreción ácida normal o baja.
- Tipo II : Cuerpo y curvatura menor y coexiste con úlcera duodenal. Hipersecreción ácida
- Tipo III : Pre – pilórica. Hipersecreción ácida
- Tipo IV : Unión gastroesofágica. Secreción ácida normal.
- Tipo V : Curvatura mayor. Se asocian a malignidad.

11. CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- Dolor epigástrico intenso
- Hiperémesis

12. CRITERIOS DE REFERENCIA

- Complicaciones: Hemorragia de vías digestivas altas, sospecha de perforación de úlcera, etc.
- Comorbilidades: síndrome anémico, enfermedad coronaria, etc.



Nit: 890.205.335-2

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
SANATORIO DE CONTRATACIÓN E.S.E.
PROTOCOLO
MANEJO DE ENFERMEDAD ACIDO PÉPTICA

PROSPERIDAD
PARA TODOS

13. BIBLIOGRAFÍA

- Patiño, J F; Lecciones de Cirugía; 1ª ED; Bogotá; Editorial Medica Internacional. 2000 (Pg 470-500).
- Ocampo de Herran M.C., Bustamante R., Ruiz H. Estudio Nacional de Salud. Seguridad Social en Colombia, Bogotá 1986.
- Pabón A., Ruiz M. Estudio Nacional de Salud. La Mortalidad en Colombia Vol 5. Niveles ajustados de mortalidad por secciones del país 1973-1985 y análisis de causas por sexo y edad 1979-1981. Bogotá 1986.
- Arango L A. Programa de detección de Cáncer Gástrico. Hospital de Caldas 1992 – 1996
- Calam, J; Baron, JH ABC of the upper gastrointestinal tract :Pathophysiology of duodenal and gastric ulcer and gastric cancer. Brit Medl Jour 2001;323:980-82.
- Mullholland, M. Gastric Anatomy and Physiology In: Surgery: Scientific Principles and Practice 2ed. Lippincott – Raven 1998.221-245.
- Isenberg, J I.; Kenneth R.; Laine L; Walsh J. Acid Peptic Disorders. IN : Textbook Of Gastroenterology Tadataka Yamada. Lipincot Raven 1996.243-256.
- McQuaid, K; Laine L Acid Peptic Disorders ;In: Atlas Of Gastroenterology Tadataka Yamada Lipincott – Raven 1996.157-165.
- Talley, N J. Therapeutic Options in Nonulcer Dyspepsia J Clin Gastroenterol 2001;32(4):286 – 293.
- Tintinalli, J; Kelen G; Stapczynski S , Medicina de Urgencias Editorial Mc Graw – Hill Mexico 2001.p 558-560.
- Mullholand, M. Duodenal Ulcer In: Surgery: Scientific Principles and Practice 2ed. Lippincot – Raven 1998 134-145.
- Kauffman Jr., Gordon L.; Contert L.. Stress Ulcer and Gastric Ulcer3 In: Surgery: Scientific Principles and Practice 2ed. Lippincot – Raven 1998. 221 250.
- Mégraud, F; H Pylori Resistance, Prevalence, Importance and Advances in Testing; Gut 2004;53:1374–1384.
- Cittelly D Marcela, Henao S, Orozco O, Martinez J, Detección de Helicobacter pylori en Colombia: diferentes metodologías aplicadas a su estudio en una población de alto riesgo de cáncer gástrico Rev Col de Gastr. Vol IV No. 3 Jul - Sept 1999.

Revisó: AGR/Calidad
Aprobó: JAS/Gerencia



Fecha: 17-12-2013
Versión: 1
Página: 12 de 12