



## PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED

### ULCERA PEPTICA

#### SERVICIO SALUD IQUIQUE

2017 - 2020

Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
<p>Dr. Jorge Romero Evans Médico Internista Jefe Unidad Endoscopia Hospital Ernesto Torres Galdames</p> <p>Dra. Camila Núñez Ahumada Médico EDF CESFAM H Reyno</p> <p>Dr. Pedro Pérez Gutierrez Médico EDF CGR Pozo Almonte</p>	<p>Dra. Paloma Ly Sánchez Médico EDF Subdirección Gestión Asistencial Servicio de Salud Iquique</p> <p>Depto. Cyto y Seguridad del Paciente Servicio de Salud Iquique</p> <p>Carolina Perez Rebolledo Departamento Planificación Servicio de Salud Iquique</p>	<p>Dra. Maria Vera Zamora. Directora T y P Servicio de Salud Iquique</p>
<p>Fecha: JULIO 2017</p>	<p>Fecha: JULIO 2017</p>	<p>Fecha: JULIO 2017</p>



**PROTOKOLO  
ÚLCERA PÉPTICA  
SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RCR-GAS-004**

**Edición: SEGUNDA**

**Fecha: Julio 2017**

**Página: 2 de 12**

**Vigencia: 3 años**

**INDICE**

DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERÉS.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
MAPA DE RED.....	3
OBJETIVOS .....	4
ALCANCE O ÁMBITO APLICACIÓN.....	5
RESPONSABLES.....	6
POBLACIÓN OBJETIVO.....	7
DEFINICIONES.....	8
PROCEDIMIENTO O DESARROLLO.....	9
FLUJOGRAMA.....	10
INDICADOR.....	11
RESPONSABLES DE EVALUACIÓN.....	12
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	13
ANEXOS.....	14



**PROTOCOLO  
ÚLCERA PÉPTICA**  
**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: RCR- GAS- 004

Edición: SEGUNDA

Fecha: JULIO 2017

Página: 3 de 9

Vigencia: 3 años

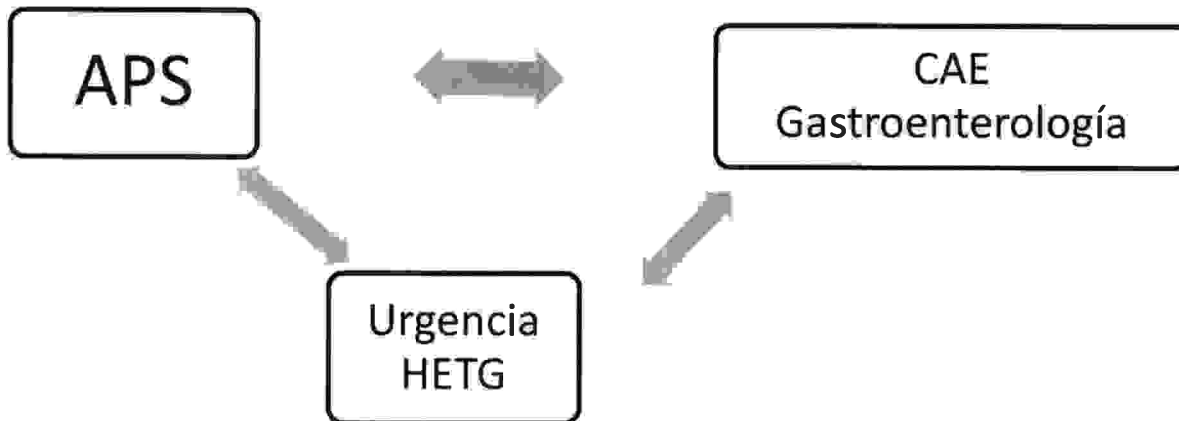
**1. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS.**

No se declara conflictos de interés.

**2. INTRODUCCIÓN.**

- Úlcera: pérdida de sustancia de cualquier parte de la superficie del cuerpo humano. Si es péptica (úlceras pépticas = UP) son en áreas del aparato digestivo que están expuestas a ácido y pepsina que se secreta en el estómago.
- Etiología: el factor común en la producción de UP es la digestión ácido péptica de la mucosa gástrica secundaria a un desequilibrio entre factores protectores y condicionantes:
  - Factores Agresivos:
    1. Exógenos: H pylori (60-95%), AINES (5-20%), alcohol y tabaco
    2. Endógenos: bilis, ácido y pepsina
  - Factores Protectores: mucus, flujo sanguíneo mucoso, restitución celular y epitelial, etc.
- Epidemiología: 10% de la población presenta síntomas de úlcera péptica a lo largo de su vida y al menos 25% de estos tiene complicaciones graves. La prevalencia de personas infectadas por H. pylori es de 10-20%. Incidencia de U Duodenal entre los 55-65 años, mientras que en la U Gástrica es a los 25 años en varón y 45 en mujeres.
- Localización más frecuente es el duodeno, seguido del estómago. Siendo en la UP duodenal el ácido supondría el factor agresivo, mientras que en la UP gástrica fracasarían los factores defensivos.

**3. MAPA DE RED.**





**PROTOCOLO  
ÚLCERA PÉPTICA  
SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RCR- GAS- 004**

**Edición: SEGUNDA**

**Fecha: JULIO 2017**

**Página: 4 de 9**

**Vigencia: 3 años**

**4. OBJETIVOS.**

**I. GENERAL**

- Establecer un proceso de derivación adecuada de pacientes portadores de patologías gastroenterológicas evaluados en APS y coordinación eficaz entre los tres niveles de atención de la red asistencial regional, fortaleciendo la continuidad de la atención al interior de la red asistencial.
- Definir criterios estandarizados de derivación y priorización de pacientes con patologías gastroenterológicas, mejorando la pertinencia de la referencia y contrarreferencia entre los niveles primario (APS), secundario y terciario de la red asistencial de la Región de Tarapacá.
- Mejorar los canales de comunicación existentes entre los equipos de trabajo de la atención primaria, secundaria y terciaria.

**II ESPECÍFICOS**

- Entregar criterios de manejo y derivación frente a pacientes con úlcera péptica.
- Entregar recomendaciones para prevenir y detectar en forma temprana complicaciones secundarias a úlcera péptica.

**5. ALCANCEO ÁMBITO DE APLICACIÓN.**

- El presente documento será de aplicación en el nivel primario, secundario y terciario de atención, que incluyen: postas de salud rurales (PSR), Servicios de urgencia rural (SUR), Servicios de atención primaria de Urgencia (SAPU), Centro de salud (CES), Centros de salud familiar (CESFAM), Consultorio adosado de especialidades (CAE-HETG) del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdámez y Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH-HETG), respectivamente.

**6. RESPONSABLE DE EJECUCION**

- Médico de APS es responsable de pesquisar, indicar tratamiento inicial según complejidad y derivar pacientes que cumplen con las características señaladas en este documento.
- Médico Especialista es responsable de confirmar y descartar diagnósticos, tratamiento y seguimiento, así como de realizar la contrarreferencia a APS.

**7. POBLACIÓN OBJETIVO.**

- El protocolo va destinado a pacientes portadores o con sospecha de úlcera péptica.

**8. DEFINICIONES**

- **Síndrome Ulceroso:** Conjunto de signos y síntomas desencadenados por una úlcera péptica
- **Úlcera Péptica:** Solución de continuidad de la mucosa gástrica > 3-5 mm de diámetro mayor, que alcanza en profundidad hasta la submucosa, pudiendo extenderse a todo el espesor del órgano. Cicatriza por separación de las tunicas subyacentes a la mucosa y por regeneración atípica de esta, con retracción.
- **Anamnesis:** Se puede presentar: en pacientes asintomáticos, hasta hemorragia digestiva o perforación, o como síndrome ulceroso típico. Dolor típico en epigastrio tipo urente, 2 a 3 horas postprandial, se exacerba por el ayuno y disminuye o mejora con alimentos o antiácidos.
- **Examen físico:** En la UP no complicada el examen físico tiende a ser normal. En la UP complicada incluye hematemesis y/o melena, vómitos asociados a obstrucción del vaciamiento gástrico, abdomen agudo con perforación. Puede haber discreto dolor epigástrico.
- **Diagnóstico:** Clínico y endoscópico. La endoscopia digestiva alta es el procedimiento de elección para confirmar el diagnóstico (sensibilidad y especificidad > 95%).



**PROTOCOLO  
ÚLCERA PÉPTICA**  
**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: RCR- GAS-004

Edición: SEGUNDA

Fecha: JULIO 2017

Página: 5 de 9

Vigencia: 3 años

▪ **Diagnóstico diferencial:**

- **Dispepsia funcional:** En la cual no se demuestra existencia de úlceras en las exploraciones diagnósticas.
- **Pancreatitis:** caracterizada por dolor muy intenso (en faja) en la parte superior del abdomen, náuseas y vómitos.
- **Enfermedad biliar:** dolor cólico epigástrico y en hipocondrio derecho, desencadenado por alimentos grasos y fritos, vómitos. Puede estar irradiado a espalda o bajo la escapula derecha.
- **Angina:** dolor precordial con o sin irradiación a hombros, brazo, cuello, mandíbula o espalda. Asociado o no a síntomas neurovegetativos.
- **Gastritis:** dolor en hemiabdomen superior, vómitos con o sin sangre, náuseas y vómitos, habitualmente causados por abuso de alcohol o fármacos (AINES), o infecciones por H pylori
- **Enfermedad por reflujo gastroesofágico (RGE):** caracterizado por pirosis y regurgitación ácida. A menudo pueden estar asociados UP y RGE.
- **Cáncer gástrico:** se diferencia por presencia de síntomas de alarma: anemia, anorexia, baja de peso, edad avanzada, saciedad precoz. En caso de sospecha solicitar EDA.

**9. PROCEDIMIENTO Y DESARROLLO**

**I. Manejo por médico en APS:**

**a. No Quirúrgico:**

- i. Modificación de factores de riesgo (evitar consumo de alcohol, tabaco, suspender AINES) y promoción de estilos de vida saludables.
- ii. Tratamiento de erradicación de la infección por H. pylori cuando se asocia a úlcera duodenal, úlcera gástrica, gastritis linfonodular, gastritis atrófica, linfoma, adenoma, cáncer gástrico y en pacientes que tienen parientes en primer grado con historia de cáncer gástrico.
  - 1. Omeprazol 20 mg cada 12 horas, amoxicilina 1 g cada 12 horas y claritromicina 500 mg cada 12 horas todo por 14 días
- iii. Manejo de sintomatología concomitante (síndrome dispéptico).

**b. Derivar a servicio de Urgencia de Emergencia Hospitalaria (HETG) a todo paciente con: *ver anexo***

- i. Perforación
- ii. Hemorragia digestiva
- iii. Algia severa no controlable
- iv. Síndrome pilórico

**II. Derivación de pacientes desde APS al Policlínico de Gastroenterología del Consultorio de Adosado de Especialidades en el Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:**

- a. En caso de paciente sometido a tratamiento de erradicación de H. pylori durante 3 meses con persistencia de cuadro clínico (con o sin síntomas y/o signos de alarma) **se deriva al policlínico de gastroenterología.**
- b. Ante sospecha de malignidad sin EDA **derivar de forma urgente a unidad de endoscopia y solicitud de EDA.**



**PROTOCOLO  
ÚLCERA PÉPTICA**  
**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-GAS-004

Edición: SEGUNDA

Fecha: JULIO 2017

Página: 6 de 9

Vigencia: 3 años

- c. Ante paciente con EDA sospecha de malignidad y/o biopsia (+) para cáncer gástrico derivar de forma urgente a policlínico de cirugía (GES).

**III. Conductas y exámenes solicitados por médico de APS previo a la derivación y que debe presentar el paciente en Policlínico de Gastroenterología del Consultorio de Adosado de Especialidades en el Hospital Dr. Ernesto Torres Galdámez:**

- a. Deberán derivar con formulario oficial de Solicitud de Interconsulta (SIC) que contenga:
- Datos del paciente (nombre, Rut, edad). El resto de los datos es responsabilidad de la SIC de cada centro de APS.*
  - Historia clínica: que contenga anamnesis, síntomas y signos*
  - Describir examen físico general*
  - Tratamiento administrado.*
  - Exámenes prequirúrgicos: grupo sanguíneo, hemograma, VHS, tiempo protrombina, TTPK, creatinina, glucosa, nitrógeno ureico, orina completa. ECG en mayores de 40 años (de los que disponga cada centro).*
  - EDA se solicita en la unidad de endoscopia vía SIC*
  - Nombre, Rut, firma, timbre del profesional.*

**IV. Criterios de priorización para atención en policlínico de gastroenterología:**

- Pérdida de peso asociada a sintomatología síndrome ulceroso
- Evidencia de malignidad a la EDA

**V Tiempos de resolución**

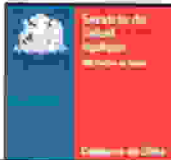
- Evaluación por especialista: 90 días.
- Tiempo de alta: 6 meses.

**VI Conducta a realizar por el médico especialista:**

- Deberá confirmar y/o descartar diagnósticos, indicar tratamiento que busque erradicar definitivamente la infección, tratar otros factores de riesgo y, si corresponde, controlar al paciente con exámenes.
- Si se descarta diagnóstico a nivel secundario, se contrarreferirá al paciente a nivel primario de atención.

**VII Contrarreferencia y documentos emitidos por el médico especialista tratante para APS:**

- Médico especialista derivará mediante formulario de contrarreferencia, el que debe contener diagnóstico definitivo, tratamiento administrado e indicaciones para continuar controles en nivel primario y/o secundario.



**PROTOCOLO  
ÚLCERA PÉPTICA**  
**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: RCR- GAS- 004

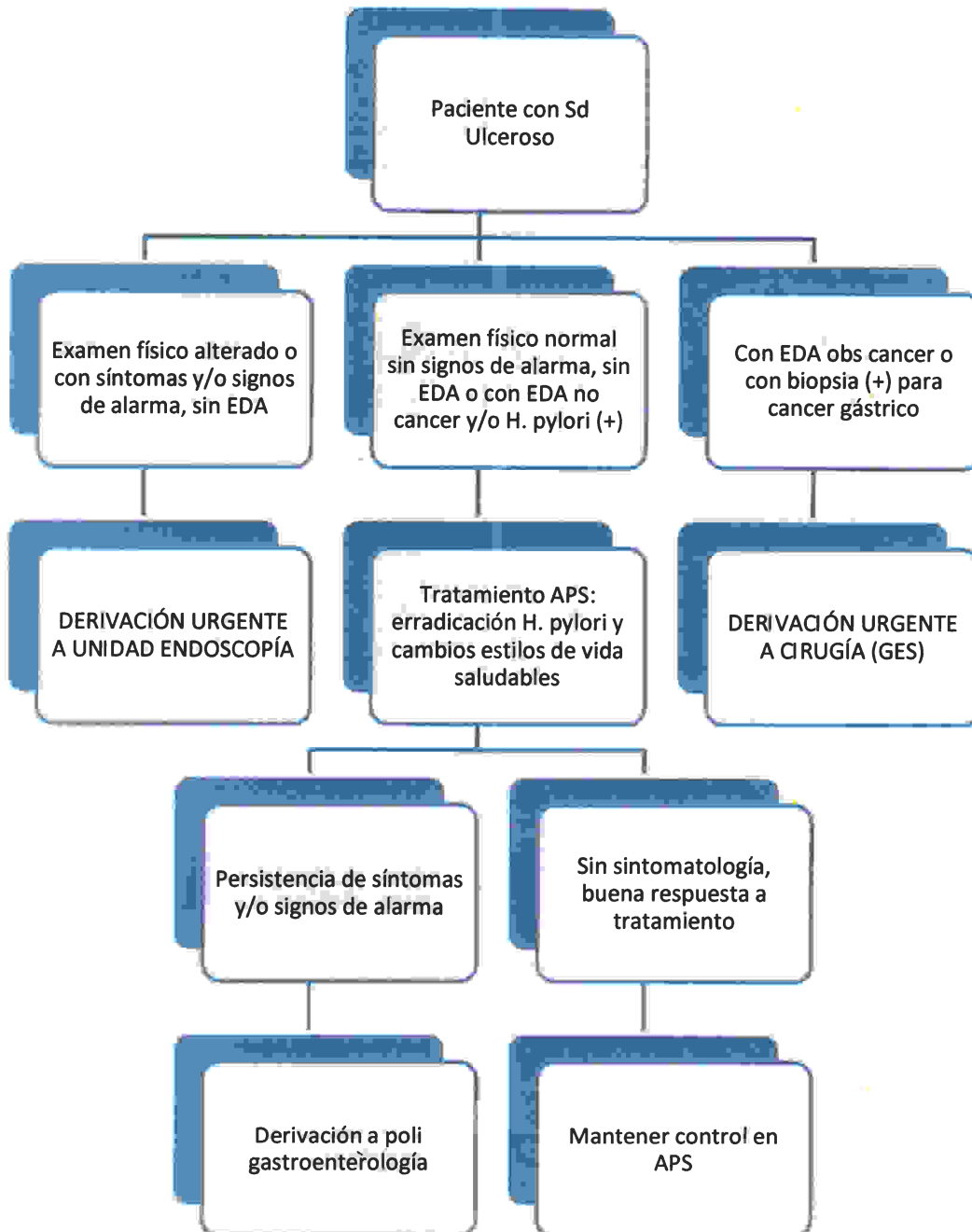
Edición: SEGUNDA

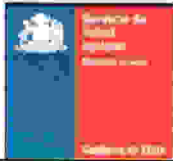
Fecha: JULIO 2017

Página: 7 de 9

Vigencia: 3 años

**10. FLUJOGRAMA**





**PROTOCOLO  
ÚLCERA PÉPTICA**  
**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RCR-GAS-004**

**Edición: SEGUNDA**

**Fecha: JULIO 2017**

**Página: 8 de 9**

**Vigencia: 3 años**

**11. INDICADORES**

- a. **Numerador:** Número de pacientes con úlcera péptica evaluados a nivel secundario que cumplen con criterios de referencia establecidos en este protocolo.
- b. **Denominador:** Número de pacientes referidos por médico desde centro de atención primaria a secundario con diagnóstico de úlcera péptica.

**12. RESPONSABLES DE EVALUACIÓN.**

- a. Médico de interfaz de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación el nivel secundario y terciario.
- b. Médico de interfaz del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones al Jefe CAE y velar por el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS informando al Jefe CAE, HETG.
- c. Jefe CAE es responsable de efectuar el control y seguimiento de los indicadores e informar al Director(a) del HETG.
- d. Director(a) Hospital E. Torres G. es responsable de informar al Gestor de Red para que se realice una evaluación de los indicadores como red asistencial y defina acciones de mejora.

**13. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA**

- a. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades digestivas. Sociedad Chilena de Gastroenterología 2008.
- b. Ingrid Ferrer. Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre úlcera péptica. Universidad de Granada.
- c. Lanza FL, Chan FK, Quigley EM; Practice Parameters Committee of the Colegio Americano de Gastroenterología. Guidelines for prevention of NSAID-related ulcer complications. Am J Gastroenterol. 2009;104:728-738.





**PROTOCOLO  
ÚLCERA PÉPTICA  
SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RCR-GAS-004**

**Edición: SEGUNDA**

**Fecha: JULIO 2017**

**Página: 9 de 9**

**Vigencia: 3 años**

#### 14. ANEXOS

- **Complicaciones en orden de frecuencia:**

- **Penetración:** más frecuente en úlcera duodenal. Penetran órganos vecinos (páncreas, vía biliar, hígado, epiplón, mesocolon. Diagnóstico clínico por pérdida del carácter circunscrito del dolor y permanece constante llegando a irradiarse a espalda u otras zonas. Dolor más prolongado y se alivia menos con alimentos y antiácidos.
- **Hemorragia:** más frecuente en paciente con insuficiencia renal, cirrosis hepática y con uso de AINES (80%). En hemorragia oculta se manifiesta como una anemia hasta hemorragias masivas con vómitos, melena, con alto riesgo de vida. Ante hemorragia o sospecha es imprescindible EDA.
- **Perforación:** se produce cuando la úlcera en la pared anterior del estómago o duodeno penetra y accede dentro de la cavidad abdominal. Más frecuente en varones. Relacionado a consumo de tabaco, alcohol y AINES. Con intenso dolor epigástrico o en el cuadrante derecho, transfixiante has la espalda o el resto de la cavidad abdominal, con abdomen en tabla. Estudiar con radiografía de abdomen que evidencia gas libre en la cavidad peritoneal. Requiere tratamiento quirúrgico precoz.
- **Estenosis del píloro:** Por úlcera dentro del canal pilórico o en la zona del estómago o duodeno próximos, produciéndose una intensa reacción inflamatoria y posterior cicatrización. Más frecuente en varones, por duración prolongad de la enfermedad. Dando sensación de plenitud gástrica postprandial, nauseas y anorexia, vómito por retención (de alimentos ingeridos 6-8 horas antes).