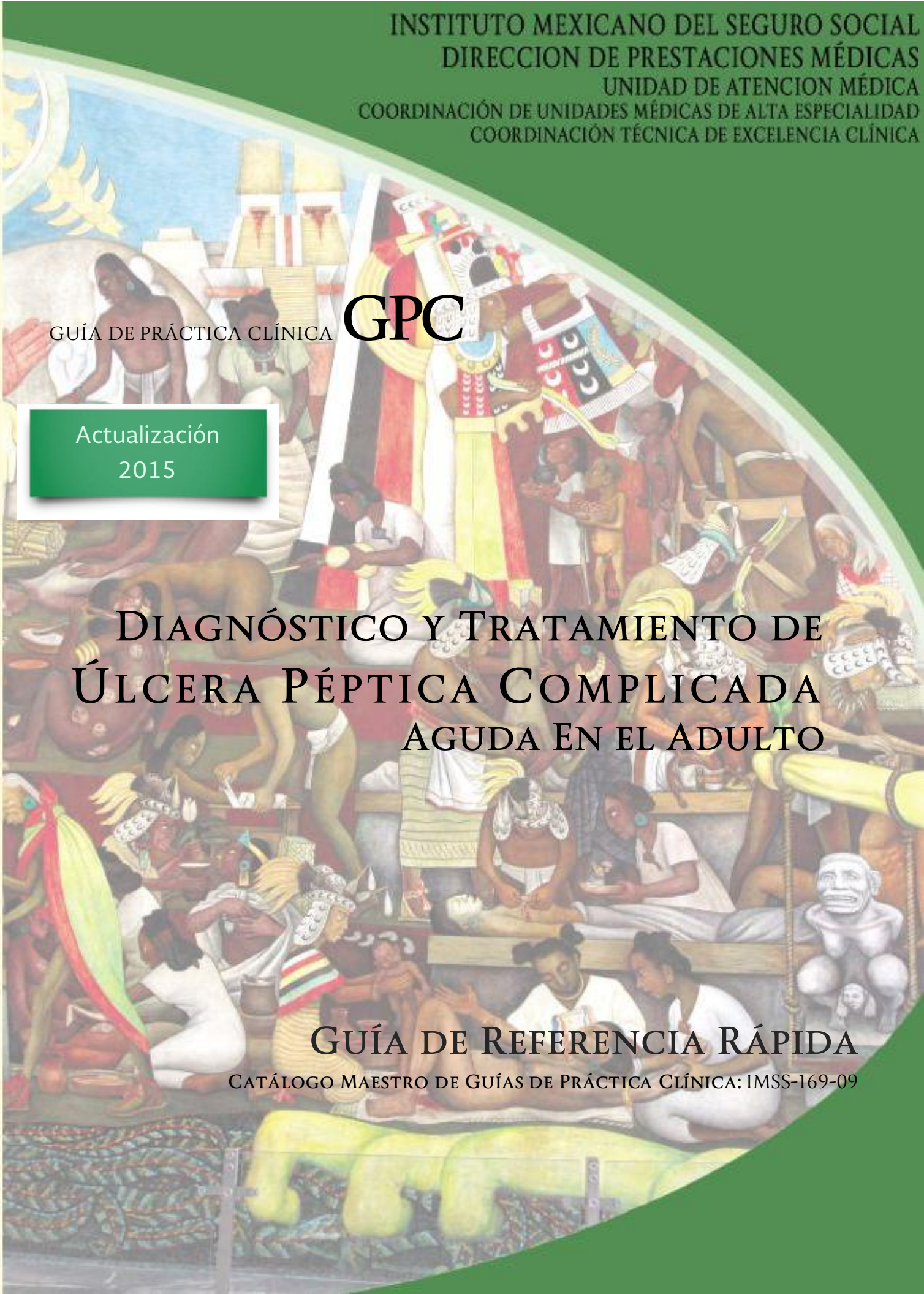
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCION MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Actualización
2015



Diagnóstico y Tratamiento de Úlcera Péptica Complicada Aguda En el Adulto

Guía de Referencia Rápida

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-169-09

Durango 289- 1A Colonia Roma
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.
Página Web: www.imss.gob.mx

Publicado por Instituto Mexicano del Seguro Social
© Copyright Instituto Mexicano del Seguro Social "Derechos Reservados". Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
Coordinación Técnica de Excelencia Clínica
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad
2015

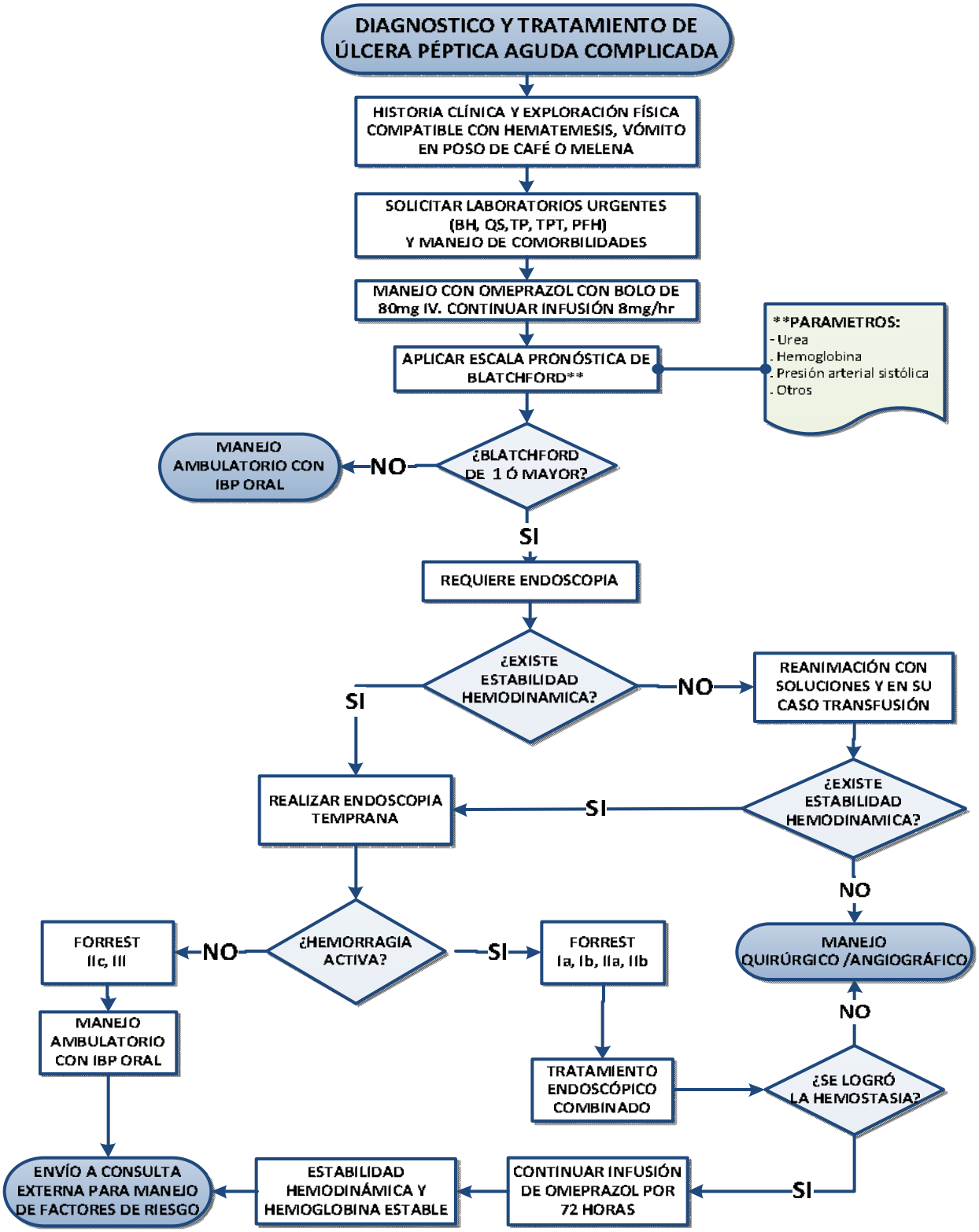
La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Diagnóstico y Tratamiento de Úlcera Péptica Complicada Aguda en el Adulto**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **"Evidencias y Recomendaciones"** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en:
http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc
http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html

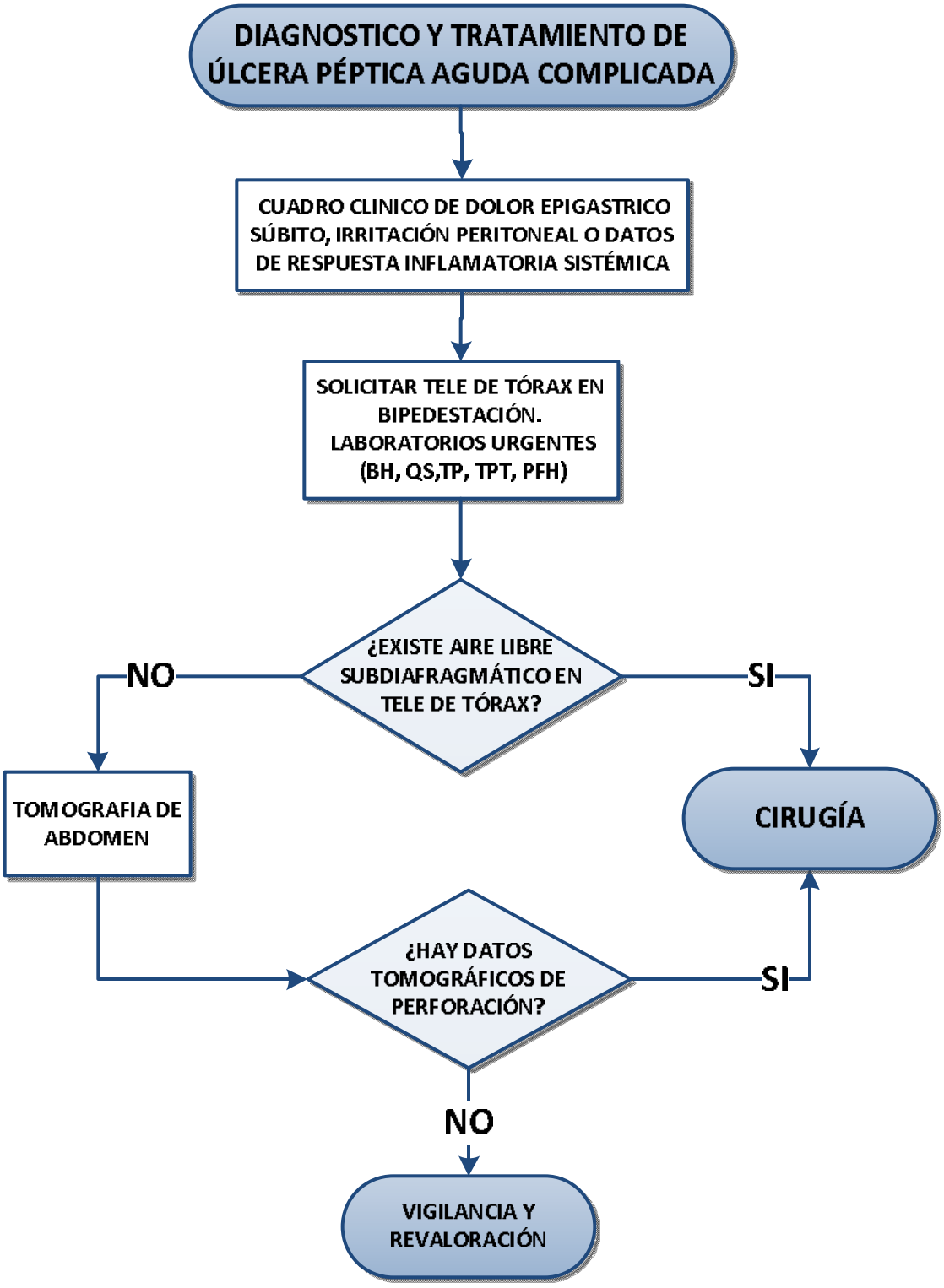
ISBN en trámite

1. Diagramas de Flujo

Algoritmo 1. Diagnóstico y Tratamiento de Úlcera Péptica Complicada con Hemorragia



Algoritmo 2. Diagnóstico y Tratamiento de la Úlcera Péptica Perforada



*Grado de Recomendación

2. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

DIAGNÓSTICO

Recomendación Clave	GR*
Deberá realizarse una historia clínica cuidadosa que habitualmente revela síntomas típicos de enfermedad ácido-péptica, además de considerar el consumo de AINE, agentes antiplaquetarios, bismuto y hierro, estos últimos alteran la presentación clínica, pueden hacer las heces negras). Las manifestaciones clínicas más comunes de presentación del sangrado digestivo alto son: hematemesis, sangrado en poso de café y melena.	**D NICE**
Para un diagnóstico oportuno de perforación se requiere de alto índice de sospecha basado en la historia clínica y exploración física. La principal manifestación es el dolor abdominal severo de forma súbita, datos de irritación peritoneal, aunque algunos pacientes tienen datos mínimos o ausentes de irritación peritoneal y otros presentan alteración del estado de conciencia o hipovolemia dificultando aún más la exploración física.	**D NICE**
En relación al diagnóstico paraclínico se recomienda realizar de forma inicial: biometría hemática completa, química sanguínea (glucosa, urea, creatinina), aminotransferasas (AST, ALT), amilasa, tiempos de coagulación y electrocardiograma. Una radiografía de tórax en bipedestación en busca de aire libre subdiafragmático ante la sospecha de perforación es indispensable.	**D NICE**
La **endoscopia** es una herramienta efectiva en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la hemorragia de la UPAC y ha demostrado reducción de los requerimientos transfusionales, acortar la estancia en la UCI, días de estancia intrahospitalaria, disminuir la necesidad de cirugía y la tasa de mortalidad. Debe realizarse en forma temprana durante la hospitalización y se recomienda utilizar la **clasificación de Forrest** para clasificar y distinguir las características endoscópicas de las úlceras según la actividad del sangrado y el porcentaje de recidiva.	**1A GRADE**
Se recomienda estadificar en alto y bajo riesgo usando escalas pronosticas en base a criterios clínicos, de laboratorio y endoscópicos, debido a que la estadificación temprana de los pacientes de alto riesgo lleva a la apropiada intervención, y minimiza la morbilidad y la mortalidad.	**1C GRADE**
En caso de UPAC con sangrado, se recomienda utilizar la escala de **Blatchford o Rockall** para identificar a pacientes que requieren intervención terapéutica endoscópica urgente por hemorragia grave. Un puntaje de 0 tiene una sensibilidad de 99% a 100% para establecer manejo ambulatorio. (Ver Cuadro 1 y 2).	**D NICE**
En el caso de úlcera péptica complicada con perforación se recomienda el empleo del sistema de puntaje de **Boey** debido a su factibilidad para realizarse y utilidad para predecir la morbilidad y mortalidad perioperatoria. (Ver Cuadro 3)	**D NICE**

*Grado de Recomendación

TRATAMIENTO

Recomendación Clave	GR*
El abordaje inicial del paciente con úlcera péptica complicada debe incluir: soporte vital (ABC, monitorización cardiaca continua, restricción de la vía oral, acceso venoso con catéter grueso, reanimación con líquidos, cruzar paquetes globulares y transfundir en caso necesario), coordinación del equipo médico, quirúrgico y radiográfico, terapia de supresión de ácido (inhibidor de bomba de protones), tratamiento para Helicobacter pylori, descontinuar AINE, antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes y valoración para cirugía de urgencia si fuese necesario.	**D NICE**
El uso de IBP no debe remplazar la reanimación inicial apropiada o retrasar la realización de una endoscopia urgente. La dosis recomendada es de 80 mg en bolo seguido de 8mg por hora en infusión durante 72 horas en pacientes con sospecha de sangrado activo. Aunque la terapia intermitente (40mg IV cada 12-24 horas) mostró no ser inferior que la terapia en infusión, al igual de no incrementar el resangrado, la mortalidad, la necesidad de transfusiones o las intervención quirúrgica o radiológica.	**1A GRADE**
Los regímenes de terapia intermitente con IBP, puede ser una mejor opción, debido a mayor facilidad de uso, factibilidad (no requiere de bomba de infusión), menor costo y requerir menos recursos.	**A NICE**
Los pacientes con evidencia clínica de perforación aguda no deberían ser sometidos a endoscopia, en cambio aquellos con sangrado activo no variceal, se recomienda realizar endoscopia temprana (dentro de las 24horas de la presentación).	**1A GRADE**
En pacientes con hemorragia activa o vaso visible no sangrante en la úlcera (Forrest IIa, Ia-Ib) son más propensos a resangrado y por ende necesitan terapia endoscópica a la brevedad.	**D NICE**
Los pacientes con úlcera que presenta mancha plana pigmentada (Forrest IIc) o con base limpia (Forrest III) no requieren tratamiento endoscópico ni IBP intravenosos, se recomienda IBP por vía oral.	**D NICE**
En aquellos con Forrest IIc en adelante pueden egresarse en caso de que no tengan factores de alto riesgo de sangrado recurrente (edad mayor de 60 años, inestabilidad hemodinámica, enfermedad concomitante grave, alteraciones de la coagulación, sangrado durante la hospitalización).	**D NICE**
En caso de úlcera con coágulo adherido, se deberá lavar enérgicamente y tratar la lesión encontrada, siempre y cuando se tenga los elementos necesarios para una adecuada terapia endoscópica.	**A NICE**
Una segunda exploración endoscópica se realiza en aquellos pacientes con datos de resangrado. No debe ser utilizada como rutina.	**B NICE**

*Grado de Recomendación

En pacientes con resangrado después de la intervención endoscópica inicial, se recomienda repetir el tratamiento endoscópico antes de considerar tratamiento quirúrgico o radiológico intervencionista.	**1A GRADE**
Al **egreso** de los pacientes con UPAC con sangrado se recomienda prescribir una dosis diaria de IBP. La duración será determinada de acuerdo a la etiología que provocó el ingreso. Por ejemplo si el paciente requiere tomar AINE requerirán profilaxis secundaria por largo tiempo.	**1C GRADE**
En casos de úlcera pética complicada con **sangrado** el tratamiento quirúrgico está indicado en caso de: falla a terapia endoscópica, inestabilidad hemodinámica después de reanimación vigorosa, recurrencia de hemorragia después de control por endoscopia y persistencia de sangrado, requiriendo más de 3 unidades de sangre por día.	**D NICE**
Se recomienda realizar cirugía de control de daños que consiste en: control inicial rápido de la hemorragia, control de la contaminación, cierre abdominal temporal, reanimación en la unidad de cuidados intensivos y reexploración subsecuente con reparación definitiva.	**D NICE**
En base a la localización de la úlcera sangrante se debe realizar resección si está localizada en la curvatura mayor, antro o cuerpo del estómago, gastrectomía parcial con reconstrucción en Bilroth I o II si está localizada en la curvatura menor o el área de la cisura angularis, gastrectomía distal con esófago-yeyunoanastomosis si está localizada en la unión gastroesofágica y si es a nivel duodenal, se debe realizar duodenotomía longitudinal y cierre del vaso sangrante en el cráter ulceroso además de ligadura de la arteria gastroduodenal.	**D NICE**
La vagotomía, en cualquiera de sus variedades, no es clara y no se recomienda, ya que aumenta la morbilidad de forma significativa.	**D NICE**
El manejo inicial de la **perforación** de una úlcera péptica debe incluir: la colocación de sonda nasogástrica, el reemplazo de volumen intravascular, el tratamiento con inhibidores de bomba de protones y antibioticoterapia de amplio espectro.	**D NICE**
Se recomienda realizar cirugía de urgencia ante el diagnóstico de perforación si el paciente presenta deterioro clínico o evidencia de perforación libre, independientemente si hay fuga o no de líquido gastroduodenal.	**D NICE**
La laparoscopia es el tratamiento de primera elección en UPAC perforada.	**A NICE**
La laparoscopia pudiera estar contraindicada en las siguientes condiciones ya que aumenta la morbilidad y la mortalidad: presencia de choque, puntaje de Boey > 3, paciente mayor de 70 años, síntomas persistentes por más de 24 horas, puntuación de ASA III-IV y poca experiencia en técnica laparoscópica.	**D NICE**
Se recomienda que la terapia empírica antimicrobiana iniciada en pacientes con úlcera péptica perforada tenga cobertura para bacilos entéricos gram negativos, gram positivos y anaerobios.	**D NICE**

*Grado de Recomendación

PREVENCIÓN DE RECURRENCIA

Recomendación Clave	GR*
Para la prevención de la recurrencia de complicaciones por úlcera péptica se recomienda: tratamiento de erradicación para *H. pylori* con omeprazol 20 mg, amoxicilina 1 gr y clartitromicina 500 mg, todos, cada 12 horas por 7-10 días. En pacientes alérgicos a la penicilina, puede sustituirse amoxicilina por metronidazol 500 mg cada 12 horas, suspender el uso de AINE y mantener la terapia de supresión de ácido.	**A MAASTRICHT IV**

CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Recomendación Clave	GR*
Se debe de enviar de primer a segundo nivel a todo paciente que presenta las siguientes condiciones clínicas: dolor abdominal intenso con datos de irritación peritoneal, hematemesis, vómitos en poso de café, melena, hematoquezia, datos de respuesta inflamatoria sistémica, signos radiográficos de perforación (aire libre subdiafragmático), inestabilidad hemodinámica y hemoglobina y hematocrito por debajo de valores normales en la biometría hemática asociado a cualquiera de los puntos anteriores.	**PBP**
Se debe enviar a todo paciente a tercer nivel en las siguientes condiciones: infraestructura e insumos insuficientes para la realización de endoscopia temprana y/o tratamiento quirúrgico, no contar con unidad de cuidados intensivos o presencia de comorbilidades que no se puedan controlar en la unidad.	**PBP**
Se debe contrarreferir al paciente en las siguientes condiciones: Una vez corregido el evento agudo y se encuentren condiciones clínicas aceptables para poder ser trasladado y en caso de manejo quirúrgico, contrarreferir en el post-quirúrgico mediato, al existir condiciones para ser trasladado, tolerancia a la vía oral y sin datos de complicación postoperatorias.	**PBP**

*Grado de Recomendación

3. CUADROS O FIGURAS

CUADRO 1. ESCALA DE BLATCHFORD PARA PREDICTOR DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

PARAMETROS	PUNTOS
A. UREA mmol/L (mg/dl)	
≥ 25mmol/L (≥150mg/dL)	6
10-24.9 mmol/L (60-149mg/dL)	4
8 - 9.9 mmol/L (48-59mg/dL)	3
6.5-7.9 mmol/L (18-47mg/dL)	2
<6.5 mmol/L (<18mg/dL)	0
B. HEMOGLOBINA (gr/dl)	
<10 gr/dL (Hombres y mujeres)	6
10-11.9 gr/dL (Hombres)	3
10-11.9 gr/dL (Mujeres)	1
≥12 gr/ dL (Hombres y mujeres)	0
C. PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (mmHg)	
90-99 mmHg	2
100-109 mmHg	1
≥110 mmHg	0
D. OTROS PARAMETROS	
Insuficiencia cardiaca	2
Insuficiencia hepática	2
Presentación con síncope	2
Presentación con melena	1
Pulso mayor a 100 latidos por minuto	1
Puntuación total: A + B + C + D. Puntuación mínima: 0. Puntuación máxima: 23. **Con una puntuación de 0, el paciente puede ser dado de alta para estudio ambulatorio (probabilidad de recidiva clínica de 0.5%).**	

Adaptado de: Lanas A, Calvet X, Feu F, Ponce J, Gisbert JP, Barkun A; en representación del I Consenso Nacional sobre el Manejo de la Hemorragia Digestiva por Úlcera Péptica. Primer consenso español sobre el manejo de la hemorragia digestiva por úlcera péptica. Med Clin (Barc). 2010;135:608-16.

CUADRO 2. ESCALA COMPLETA (ENDOSCÓPICA) DE ROCKALL

PARAMETROS	PUNTOS
A. EDAD	
Mayor de 80 años	2
60 a 80 años	1
Menor de 60 años	0
B. CHOQUE	
Presión arterial sistólica < 100mmHg y pulso >100 latidos/min	2
Presión arterial sistólica ≥100mmHg y pulso >100 latidos/min	1
Presión arterial sistólica ≥100mmHg y pulso <100 latidos/min	0
C. COMORBILIDAD	
Insuficiencia renal / Insuficiencia hepática / cáncer metastásico	3
Insuficiencia cardiaca / cardiopatía isquémica o comorbilidad mayor	2
Ausencia de comorbilidad mayor	0
D. DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO	
Cáncer gastrointestinal alto	2
Otros diagnósticos	1
Ausencia de lesión, ausencia de estigmas endoscópicos de sangre reciente, síndrome de Mallory Weiss	0
E. ESTIGMAS ENDOSCÓPICOS DE SANGRE RECIENTE	
Sangre en el tracto gastrointestinal alto, coágulo adherido, vaso visible o sangrado activo	2
Base negra o estigmas endoscópicos de sangre reciente ausentes	0
Puntuación total: A + B + C + D + E. Puntuación mínima: 0. Puntuación máxima: 11. **Categorías de riesgo:** • **Alto mayor a 5 puntos.** • **Intermedio 3-4 puntos.** • **Bajo 0-2 puntos.**	

Adaptado de: Lanas A, Calvet X, Feu F, Ponce J, Gisbert JP, Barkun A; en representación del I Consenso Nacional sobre el Manejo de la Hemorragia Digestiva por Úlcera Péptica. Primer consenso español sobre el manejo de la hemorragia digestiva por úlcera péptica. Med Clin (Barc). 2010;135:608-16.

*Grado de Recomendación

CUADRO 3. PUNTAJE DE BOEY

CRITERIO		PUNTOS
CHOQUE PREOPERATORIO		**1**
ASA III-IV (Enfermedad médica grave concomitante)		**1**
PERFORACIÓN MAYOR A 24 HORAS		**1**
PUNTAJE	MORTALIDAD	MORBILIDAD
1	8%	47%
2	33%	75%
3	38%	77%

Adaptado de: Lohsiriwat V, Prapasrivorakul S, Lohsiriwat D. Perforated peptic ulcer: clinical presentation, surgical outcomes, and the accuracy of the Boey scoring system in predicting postoperative morbidity and mortality. World J Surg. 2009 Jan;33(1):80-5

*Grado de Recomendación