GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN ENFERMEDADES GASTRODUODENALES

I. Lista de recomendaciones y puntos de Buena Práctica Clínica

N°	Enunciado	Tipo *	Certeza **
Diagnóstico			
Pregunta 1: En personas con síntomas gastroduodenales, ¿se debería usar la evaluación histológica, la prueba de aliento o la prueba serológica para el diagnóstico de infección por Helicobacter pylori?			
1.1	En adultos, se sospecha de infección por H. pylori cuando el paciente presenta: dolor abdominal superior localizado en el epigastrio, o en los cuadrantes superiores derecho o izquierdo asociado a eructos posprandiales, plenitud epigástrica, saciedad temprana, intolerancia a los alimentos grasos, acidez, náuseas y/o vómitos ocasionales.	BPC	
1.2	En personas con síntomas gastroduodenales, los criterios para indicación de endoscopía alta diagnóstica son: • Presencia de signos de alarma: baja de peso, saciedad temprana progresiva, hematemesis, melena, anemia, y/o masa abdominal al examen físico. • Edad menor a 40 años sin signos de alarma pero que no evolucione bien con tratamiento para dispepsia no investigada • Edad mayor a 40 años sin endoscopia previa.	BPC	
1.3	En personas con síntomas gastroduodenales, sin indicación de endoscopia alta diagnóstica, recomendamos realizar la prueba de aliento C13 para el diagnóstico de infección por H. pylori	Recomendación fuerte a favor	Baja (⊕⊕⊖⊖)
1.4	En personas con síntomas gastroduodenales, sugerimos no realizar la prueba serológica para el diagnóstico de infección por H. pylori.	Recomendación condicional en contra	Muy Baja (⊕⊖⊖⊖)
1.5	En personas con indicación de prueba de aliento, considerar lo siguiente: • Suspender el uso de inhibidores de bomba de protones (IBP) y bismuto dos semanas antes de la prueba diagnóstica. • Suspender el uso de cualquier antibiótico, al menos cuatro semanas antes de la prueba diagnóstica.	BPC	
1.6	En personas con síntomas gastroduodenales y criterios para endoscopia alta diagnóstica, realizar biopsia y evaluación histológica en busca de H. pylori.	BPC	
1.7	En personas a las que se les realice biopsia para detección de H. pylori, se deberá extraer dos muestras del antro, dos del cuerpo y una en el ángulo.	BPC	
1.8	En personas con indicación de endoscopía digestiva alta y antecedente de gastrectomía parcial, realizar biopsia y evaluación histológica en busca de H. pylori.	BPC	
1.9	En personas sin síntomas gastrointestinales, pero con anemia idiopática, púrpura trombocitopénica idiopática, o que iniciarán terapia con antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) por largo plazo, realizar prueba de aliento para detectar H. pylori.	BPC	
1.10	En personas con reflujo gastroesofágico sin otros síntomas gastroduodenales, no se investigará la presencia de H. pylori.	BPC	
Tratamiento			
Pregunta 2: En personas con dispepsia, ¿se debería dar tratamiento de erradicación de Helicobacter pylori?			
2.1	En personas con dispepsia e infección por H. pylori, sugerimos dar tratamiento de erradicación de H. pylori.	Recomendación condicional a favor	Muy Baja (⊕⊖⊖⊖)
Pregunta 3: En personas con úlcera péptica, ¿se debería dar tratamiento de erradicación de Helicobacter pylori?			

<table>
<tr><td>3.1</td><td>En personas con úlcera péptica e infección por H. pylori, recomendamos dar tratamiento de erradicación de H. pylori.</td><td>Recomendación fuerte a favor</td><td>Muy Baja (⊕⊖⊖⊖)</td></tr>
<tr><td colspan="4">Pregunta 4: En personas con linfoma gástrico tipo MALT ¿se debería dar tratamiento de erradicación de Helicobacter pylori?</td></tr>
<tr><td>4.1</td><td>En personas con linfoma MALT gástrico estadios I-II e infección por H. pylori, sugerimos dar tratamiento de erradicación para H. pylori.</td><td>Recomendación condicional a favor</td><td>Muy Baja (⊕⊖⊖⊖)</td></tr>
<tr><td colspan="4">Pregunta 5: En personas con infección por Helicobacter pylori, ¿cuál es el esquema de tratamiento de primera línea para erradicación de Helicobacter pylori?</td></tr>
<tr><td rowspan="5">5.1</td><td colspan="2">En personas con infección por H. pylori, sugerimos optar por una de las siguientes terapias de primera línea, en base a la factibilidad y aceptabilidad de la terapia:</td><td></td></tr>
<tr><td>• Terapia triple basada en claritromicina de 10 a 14 días, o</td><td>Recomendación condicional a favor</td><td>Moderada (⊕⊕⊕⊖)</td></tr>
<tr><td>• Terapia secuencial basada en claritromicina de 14 días, o</td><td>Recomendación condicional a favor</td><td>Moderada (⊕⊕⊕⊖)</td></tr>
<tr><td>• Terapia concomitante basada en claritromicina de 10 a 14 días, o</td><td>Recomendación condicional a favor</td><td>Moderada (⊕⊕⊕⊖)</td></tr>
<tr><td>• Terapia cuádruple basada en bismuto de 10 o 14 días</td><td>Recomendación condicional a favor</td><td>Moderada (⊕⊕⊕⊖)</td></tr>
<tr><td>5.2</td><td colspan="2">Los esquemas de tratamiento de primera línea sugeridos en base a las terapias recomendadas son:
<table>
<tr><th colspan="4">Esquemas de tratamiento de Primera Línea</th></tr>
<tr><th>Terapia</th><th>Drogas y dosis</th><th>Frecuencia</th><th>Duración</th></tr>
<tr><td>La terapia triple (TT)</td><td>• Amoxicilina* 1 gr
• Omeprazol 20 mg
• Claritromicina 500 mg</td><td>• Cada 12 horas
• Cada 12 horas
• Cada 12 horas</td><td>14 días</td></tr>
<tr><td>La terapia secuencial (ST)</td><td>Primeros 5/7 días:
• Amoxicilina* 1gr
• Omeprazol 20 mg
Siguientes 5/7 días:
• Claritromicina 500 mg
• Omeprazol 20 mg
• Metronidazol 500 mg</td><td>Primeros 5/7 días:
• Cada 12 horas
• Cada 12 horas
Siguientes 5/7 días:
• Cada 12 horas
• Cada 12 horas
• Cada 12 horas</td><td>10 a 14 días (en total)</td></tr>
<tr><td>La terapia concomitante (CT)</td><td>• Amoxicilina* 1 gr
• Omeprazol 20 mg
• Claritromicina 500 mg
• Metronidazol 500 mg</td><td>• Cada 12 horas
• Cada 12 horas
• Cada 12 horas
• Cada 12 horas</td><td>10 o 14 días</td></tr>
<tr><td>La terapia cuádruple basada en bismuto (BQT)</td><td>• Subsalicilato de bismuto 300 mg
• Omeprazol 20 mg
• Metronidazol 500 mg
• Amoxicilina 1 gr</td><td>• Cada 6 horas
• Cada 12 horas
• Cada 12horas
• Cada 12 horas</td><td>10 a 14 días</td></tr>
<tr><td colspan="4">(*) En personas con alergia a amoxicilina, éste será substituido por metronidazol.</td></tr>
</table></td><td>BPC</td><td></td></tr>
<tr><td>5.3</td><td colspan="2">En personas con infección por H. pylori, se deberá tener en cuenta, la exposición previa a macrólidos y a nitroimidazoles del paciente para la elección de la terapia a administrar.</td><td>BPC</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">Pregunta 6: En personas con infección por Helicobacter pylori que no respondieron al tratamiento de primera línea, ¿cuál debería ser el tratamiento de segunda línea?</td></tr>
<tr><td rowspan="4">6.1</td><td colspan="2">En personas con infección por H. pylori que no respondieron al tratamiento de primera línea, sugerimos optar por una de las siguientes terapias de segunda línea, en base a terapia de primera línea utilizada y factibilidad de medicamentos:</td><td></td></tr>
<tr><td>• Terapia cuádruple sin levofloxacino de 10 o 14 días, o</td><td>Recomendación fuerte a favor</td><td>Alta (⊕⊕⊕⊕)</td></tr>
<tr><td>• Terapia cuádruple con levofloxacino de 10 o 14 días, o</td><td>Recomendación condicional a favor</td><td>Alta (⊕⊕⊕⊕)</td></tr>
<tr><td>• Terapia secuencial con levofloxacino de 10 días</td><td>Recomendación condicional a favor</td><td>Baja (⊕⊕⊖⊖)</td></tr>
</table>

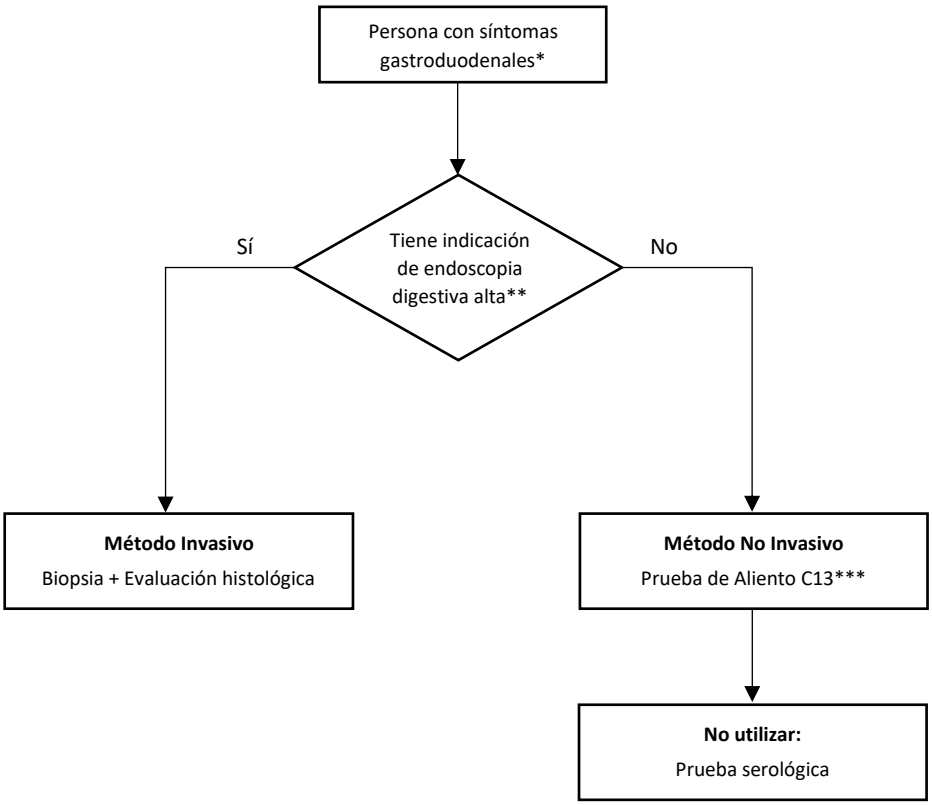
<table>
<tr><td>6.2</td><td>Los esquemas de tratamiento de segunda línea sugeridos en base a las terapias recomendadas son:
<table>
<tr><th colspan="4">Esquemas de tratamiento de Segunda Línea</th></tr>
<tr><th>Terapia</th><th>Drogas y dosis</th><th>Frecuencia</th><th>Duración</th></tr>
<tr><td>La terapia cuádruple sin levofloxacino</td><td>• Subsalicilato de bismuto 300 mg
• Tetraciclina 500 mg
• Omeprazol 20mg
• Metronidazol 500mg</td><td>• Cada 6 horas
• Cada 6 horas
• Cada 12 horas
• Cada 12 horas</td><td>10 a 14 días</td></tr>
<tr><td>La terapia cuádruple con levofloxacino</td><td>• Subsalicilato de bismuto 300 mg
• Tetraciclina 500 mg
• Omeprazol 20mg
• Levofloxacino 500 mg</td><td>• Cada 6 horas
• Cada 6 horas
• Cada 12 horas
• Cada 24 horas</td><td>10 o 14 días</td></tr>
<tr><td>La terapia secuencial con levofloxacino</td><td>Primeros 5 días:
• Amoxicilina* 1gr
• Omeprazol 20mg
Siguientes 5 días:
• Metronidazol 500mg
• Omeprazol 20mg
• Levofloxacino 500 mg</td><td>Primeros 5 días:
• Cada 12 horas
• Cada 12 horas
Siguientes 5 días:
• Cada 12 horas
• Cada 12 horas
• Cada 24 horas</td><td>10 días
(en total)</td></tr>
<tr><td colspan="4">(*) En personas con alergia a amoxicilina, se evitará el uso de terapia secuencial y se cambiará la amoxicilina por tetraciclina.</td></tr>
</table></td><td>BPC</td><td></td></tr>
<tr><td>6.3</td><td>En personas que necesiten terapia de segunda línea, evitar los antibióticos previamente usados en la terapia de primera línea, a excepción de la amoxicilina y tetraciclina. Si se administra terapia secuencial o concomitante como tratamiento de primera línea, se debería usar, como segunda línea, un tratamiento que incluya quinolona; mientras que, si se usa terapia triple como primera línea, se podría usar terapia con o sin levofloxacino.</td><td>BPC</td><td></td></tr>
<tr><td>6.4</td><td>En personas con infección por H. pylori que no respondieron al tratamiento de segunda línea, se planteará manejo individualizado a criterio médico.</td><td>BPC</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">Seguimiento</td></tr>
<tr><td colspan="4">Pregunta 7: En personas con infección por Helicobacter pylori que completaron el tratamiento de erradicación, ¿cuál es la mejor prueba para confirmar la erradicación de Helicobacter pylori?</td></tr>
<tr><td>7.1</td><td>En personas con infección por H. pylori que completaron el tratamiento de erradicación, se deberá demostrar la erradicación de la infección mediante la prueba de aliento con C13, al menos cuatro semanas después de completar el tratamiento. En los casos donde se necesite realizar endoscopia en las personas que completaron el tratamiento de erradicación, se podrá demostrar la erradicación de la infección mediante una biopsia más evaluación histológica, al menos cuatro semanas después de completar el tratamiento.</td><td>BPC</td><td></td></tr>
<tr><td>7.2</td><td>En personas con infección por H. pylori que completaron el tratamiento de erradicación, no se deben realizar pruebas serológicas para confirmar la erradicación.</td><td>BPC</td><td></td></tr>
<tr><td>7.3</td><td>En personas con erradicación de H. pylori confirmada, se realizará referencia al servicio de odontología para una evaluación periodontal.</td><td>BPC</td><td></td></tr>
<tr><td>7.4</td><td>En personas con erradicación de H. pylori confirmada, se les informará sobre las medidas higiénicas básicas en la preparación e ingesta de alimentos para evitar reinfección.</td><td>BPC</td><td></td></tr>
</table>

* Recomendación (R) o puntos de buena práctica clínica (BPC)

** La certeza de la evidencia solo se establece para las recomendaciones, mas no para los puntos de BPC

II. Flujogramas

Flujograma 1. Flujograma para diagnóstico de infección por Helicobacter pylori



(*) Síntomas gastroduodenales: dolor abdominal superior localizado en el epigastrio, o en los cuadrantes superiores derecho o izquierdo y asociarse con eructos posprandiales, plenitud epigástrica, saciedad temprana, intolerancia a los alimentos grasos, acidez, náuseas y/o vómitos ocasionales.

(**) Criterios para indicación de endoscopia digestiva alta:

- Presencia de signos de alarma: baja de peso, saciedad temprana progresiva, hematemesis, melena, anemia, y/o masa abdominal al examen físico.
- Edad menor a 50 años sin signos de alarma pero que no evolucione bien con tratamiento para dispepsia no investigada
- Edad mayor a 50 años sin endoscopia previa

(***) Pacientes con contraindicación para prueba de aliento se realizará biopsia + evaluación histológica. Personas con anemia ferropénica idiopática, púrpura trombocitopénica idiopática o que iniciarán terapia con AINES por largo plazo, se realizará prueba de aliento.

Flujograma 2. Flujograma para el manejo de infección por Helicobacter pylori

