EsSalud
Seguridad Social para todos

RESOLUCION DE GERENCIA CENTRAL N° 035 GCPS-ESSALUD-2012.

Lima, 21 MAY 2012

VISTA:

La Carta N° -GPH-GCPS-ESSALUD-2012, de la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias de Salud; y,

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con el numeral 1.2 del Artículo 1° de la Ley N° 27056 - Ley de Creación del Seguro Social de Salud. ESSALUD tienen por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud;

Que, con Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 366-PE-ESSALUD-2010, de fecha 20.Ago.2010, se aprueba y pone en vigencia la nueva estructura orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, estableciendo entre sus funciones, "Organizar, conducir y controlar las Redes de Prestaciones de Salud a través de la formulación, implementación y evaluación de normas técnicas y administrativas que cuenten con viabilidad financiera; garantizando una articulación efectiva de dichas redes prestacionales";

Que, los literales c) del artículo 31° y 34° de la resolución antes mencionada establece que la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias, unidad orgánica de línea de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, y la Sub Gerencia de Servicios Finales tienen entre sus funciones la de "Conducir la formulación e implantación de normas y procedimientos para la atención integral de salud en los Servicios Finales, Servicios Intermedios, Servicios de Cuidados Críticos, estrategias sanitarias y organización y articulación de los mismos, con criterios de costo- efectividad, basados en evidencias y acorde con las prioridades sanitarias institucionales; que garanticen la oportunidad, pertinencia y continuidad de las prestaciones de salud con los estándares de calidad y eficiencia requeridos; (...)"; así como, "Elaborar y proponer las intervenciones y actividades de la Cartera de Servicio, Guías de Práctica Clínica y Planes de Salud en el ámbito de la consulta ambulatoria y hospitalización con criterios de costo-efectividad basadas en evidencias y acorde con las prioridades sanitarias", respectivamente;

Que, mediante carta de vista la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias remite para su aprobación la "Guía de Práctica Clínica de la Enfermedad Gastroduodenal por Helicobacter Pylori";

Que, a fin de facilitar la gestión y promover el uso de instrumentos que mejoren la gestión de los servicios de salud, resulta necesario aprobar los documentos técnicos normativos "Guía de Práctica Clínica de la Enfermedad Gastroduodenal por Helicobacter Pylori" elaborada, adaptada y validada por médicos especialistas de los Hospitales Nacionales y Hospitales IV a nivel nacional, acorde a las normas institucionales y sectoriales vigentes, así como a estándares internacionales para la elaboración de GPC Basadas en Evidencias; con la finalidad de estandarizar los procesos clínicos para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Gastroduodenal por Helicobacter Pylori;

Que, estando a lo propuesto y en uso de las atribuciones conferidas;

SE RESUELVE:

1. **APROBAR,** la "Guía de Práctica Clínica de la Enfermedad Gastroduodenal por Helicobacter Pylori", a ser aplicada en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud - EsSalud", a nivel nacional.

EsSalud
Seguridad Social para todos

RESOLUCION DE GERENCIA CENTRAL N° 03 GCPS-ESSALUD-2012.

2. **ENCARGAR,** a la Oficina de Apoyo a la Gestión e Información a través de la Oficina de Gestión de la Información, la difusión de la indicada Guía.

3. **ENCARGAR,** a la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias a través de la Sub Gerencia de Servicios Finales, la evaluación y actualización periódica de la indicada Guía.

4. **ENCARGAR,** a los Gerentes y/o Directores de las Redes Asistenciales, la implementación de la citada Guía, en los Centros Asistenciales de su jurisdicción, según nivel de complejidad y competencia.

5. **ENCARGAR,** a la Gerencia de Control de Prestaciones de Salud y Gerencia de Operaciones de Salud según ámbito de competencia, realizar las actividades de monitoreo y control de la adherencia a la indicada Guía.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

Dr. RINO GARCIA CARBONE
Gerente Central de Prestaciones de Salud
ESSALUD

GERENCIA DE PRESTACIONES HOSPITALARIAS-GCPS
V°B°
G. ATENCIO
GERENTE
ESSALUD

SUB GERENCIA DE SERVICIOS FINALES-GPH-GCPS
V°B°
M. VIDAL A.
Sub-Gerente
ESSALUD

GERENCIA DE CONTROL DE PRESTACIONES DE SALUD-GCPS
V°B°
U. RAMIREZ
Gerente
ESSALUD

GERENCIA DE OPERACIONES DE SALUD-GCPS
V°B°
W. ZEVALLOS V.
GERENTE
ESSALUD

OFICINA DE APOYO A LA GESTION E INFORMACION
V°B°
U. Sandoval A.
JEFE
ESSALUD

EsSalud
MÁS SALUD PARA MÁS PERUANOS

"AÑO DE LA INTEGRACON NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
GERENCIA DE PRESTACIONES HOSPITALARIAS

"GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE ENFERMEDAD GASTRODUODENAL POR HELICOBACTER PYLORI EN ESSALUD"

2012

PRESIDENTE EJECUTIVO
DR. ALVARO VIDAL RIVADENEYRA

GERENTE GENERAL
DR. JOSÉ SOMOCURCIO VILCHEZ

GERENTE CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
DR. RINO GARCIA CARBONE

GERENTE DE PRESTACIONES HOSPITALARIAS
DR. GUILLERMO ATENCIO LA ROSA

GERENCIA DE PRESTACIONES HOSPITALARIAS-GCPS
V°B°
G. ATENCIO
GERENTE
ESSALUD

SUB GERENCIA DE SERVICIOS FINALES-GPHGCPS
V°B°
M. VIDAL A.
Sub Gerente
ESSALUD

GERENCIA DE CONTROL DE PRESTACIONES DE SALUD
V°B°
U. NAVARRO
Gerente
ESSALUD

GERENCIA DE OPERACIONES DE SALUD-GCPS
V°B°
W. ZEVALLOS V.
GERENTE
ESSALUD

OFICINA DE APOYO A LA GESTIÓN ESTRATÉGICA
V°B°
B. SANCHEZ A.
JEFE
ESSALUD

TÍTULO ORIGINAL: ""Guía de Practica Clínica de Enfermedad Gastroduodenal por Helicobacter pylori en EsSalud"

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD

GERENCIA PRESTACIONES HOSPITALARIAS

SUB GERENCIA DE SERVICIOS FINALES

Av. Domingo Cueto N° 120- 8vo piso- Lima 11- Perú

DERECHOS DEL AUTOR

Copyright@2012, **EsSalud**

Queda hecho el depósito que previene la Ley

Este documento no puede reproducirse total o parcialmente por ningún método gráfico, electrónico o mecánico, incluso los sistemas de fotocopiado, registro magnetofónico o alimentación de datos, sin permiso previo de la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias- Gerencia Central de Prestaciones de Salud- EsSalud

COMISIÓN RESPONSABLE:

Dr. Guillermo Atencio La Rosa
Gerencia de Prestaciones Hospitalarias:

Dra. Bertha Chavez Peralta
Sub Gerencia de Servicios Finales:

Guía elaborada por:

Dr. César Soriano Alvarez
Jefe del Departamento de Gastroenterología
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

Dr. Guillermo Huarcaya Alzamora
Jefe del Servicio de Gastroenterología
Hospital IV Alberto Sabogal Sologuren

Dr. Guillermo Otoya Moreno.
Servicio de Gastroenterología
Hospital Nacional Guillermo Almenara

Dr. Nilton Zegarra Neira
Servicio de Gastroenterología
Hospital IV Alberto Sabogal Sologuren

Guía Revisada por:

Dr. César Garcia Delgado
Jefe del Servicio de Gastroenterología
Hospital IV Alberto Sabogal Sologuren

Dr. Eduardo Zumaeta Villena
Jefe del Departamento de Gastroenterología
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

Dr. Guillermo Otoya Moreno.
Servicio de Gastroenterología
Hospital Nacional Guillermo Almenara

Dra. Bertha Chavez Peralta
Equipo Técnico de Gerencia de Prestaciones Hospitalarias

GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE ENFERMEDAD GASTRODUODENAL POR HELICOBACTER PYLORI

INDICE..... 05

RESUMEN..... 06

CLASIFICACION CIE10..... 07

INTRODUCCIÓN..... 08

OBJETIVO..... 08

DEFINICIÓN..... 08

ETIOLOGÍA..... 08

FISIOPATOLOGÍA..... 08

CUADRO CLÍNICO..... 08

DIAGNOSTICO..... 09

POBLACIÓN OBJETIVO..... 09

MANEJO..... 09

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS..... 09

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS..... 10

ACTIVIDADES Y CRITERIOS DE DIAGNÓSTICOS..... 10

ACTIVIDADES DE TRATAMIENTO..... 11

ACTIVIDADES PARA EL SEGUIMIENTO Y CONTROL..... 12

FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE ATENCION DE LA ENFERMEDAD GASTRODUODENAL DE NUESTRA DIVERSIDAD.....13

CRITERIOS DE ALTA, REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA..... 14

NIVELES DE ATENCIÓN..... 14

RECURSOS HUMANOS, INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO..... 14

DECLARACIÓN DE AUSENCIA DE CONFLICTO DE INTERÉS..... 15

BIBLIOGRAFÍA..... 16

RESUMEN:

GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE ENFERMEDAD GASTRODUODENAL POR HELICOBACTER PYLORI	
CLASIFICACIÓN CIE-10: **K25 Ulcera Gástrica.** **K26 Ulcera Duodenal.** **K27 Ulcera Péptica, de sitio no especificado.** **K29 Gastritis y Duodenitis.** **K30 Dispepsia.**	
Definición:	La Enfermedad Gastroduodenal por Helicobacter pylori se define por la presencia activa en la mucosa gástrica de la bacteria, asociada o no a síntomas (epigastralgia, nauseas, vómitos, eructos, acidez, llenura precoz) y signos (dolor al examen del epigastrio), de inicio insidioso y tiempo de evolución de mediano o largo plazo.
Etiología:	Se sabe que la infección por *Helicobacter pylori* se relaciona de manera causal con el desarrollo de úlcera duodenal y gástrica, linfoma gástrico de células B y cáncer gástrico. Alrededor del 15% de pacientes infectados con *H. pylori* desarrollarán úlcera péptica, y 1% de pacientes desarrollará cáncer gástrico durante su vida. La infección por *H. pylori* no se asocia con un tipo específico de síntomas dispépticos.
Cuadro Clínico:	***Síntomas:*** Relacionados al sistema digestivo alto: epigastralgia, nauseas, vómitos, eructos, acidez, llenura precoz. ***Signos:*** Pueden ser inespecíficos u objetivos: ej., Dolor al examen del epigastrio. ***Signos de alarma:*** Pérdida de Peso (>10%), hematemesis, melena, anemia por deficiencia de hierro.
Factores de riesgo:	Medio Ambiente: Servicios sanitarios deficientes (Agua y Desagüe), hacinamiento. Estilos de Vida: Dieta inadecuada (basada en alimentos crudos o semicocidos), ingesta de agua no tratada. Otros: Deficiente higiene buco-dental.
Critérios de diagnóstico asociados a H.P	Paciente dispépticos que durante 2 semanas a mas no mejoran con el uso de terapia empírica (antiácido, bloqueador de la bomba de protones y/o cambio de dieta), en menores de 40 años de edad y sin signos de alarma proceder a métodos diagnósticos no invasivos (Test de Aliento). Pacientes sintomáticos con endoscopia alta diagnostica menor a dos años (Gastritis Crónica o Erosiva), proceder a medios diagnósticos no invasivos (Test de Aliento). En pacientes con antecedentes de Ulcera Gastroduodenal o Cáncer Gastroduodenal, proceder a medios diagnósticos invasivos.

Métodos de diagnóstico:	**Invasivos:** **Endoscopía:** Durante el desarrollo de esta prueba diagnóstica se debe proceder a tomar muestras de biopsia para la evaluación anatomopatológica de estas y determinar la presencia de Helicobacter pylori. También se puede utilizar el test de la ureasa rápida con muestras de antro y cuerpo gástrico. **No Invasivos:** **Test del Aliento :** Prueba que consiste en la toma de una primera muestra de aire exhalado, la ingesta de urea marcada C13 y 50cc de agua, y la segunda muestra de aire exhalado 30 minutos después de la ingesta de urea marcada. Estas muestras son evaluadas con un espectrofotómetro para medir el nivel de CO2 exhalado marcado y de esta manera medir cuantitativamente la presencia de *Helicobacter pylori*, pues reducen la urea marcada con la enzima ureasa.
Tratamiento:	Amoxicilina 1gr cada doce horas + Claritromicina 500mg cada doce horas + Inhibidor de la bomba de protones cada doce horas x 10 -14 días. Para pacientes que refieran alergia a alguno de los antibióticos usar metronidazol. Para esquemas requeridos alternativamente por alergia o por fracaso terapéutico se recomienda tratamiento por especialista.
Criterios de Control:	1. Test del aliento para confirmar erradicación de H pylori a partir del mes de concluido el tratamiento con antibióticos. 2. Debe considerarse la realización del Test del Aliento en los siguientes grupos con riesgo de recurrencia como: Dispepsia no ulcerosa, persistencia de gastritis crónica después de erradicación, sexo femenino, discapacidad habitual, edad joven, esposas de pacientes infectados.
Criterios de referencia:	1. En pacientes de 06 a 40 años de edad, con síntomas dispépticos sin signos de alarma mayor a 2 semanas y que no ceden al uso de terapia sintomática, y pacientes sintomáticos con endoscopia alta menor a dos años, se recomienda test del aliento para detección de H. Pylori. 2. De acuerdo a la capacidad resolutiva, referir a todo paciente sintomático con antecedentes de Ulcera Gastroduodenal al Hospital II/III/IV para realizar Endoscopia Alta con Biopsia para el control respectivo. 3. En caso de persistir sintomatología referir a Hospital II/III/IV para manejo del paciente. 4. Todo paciente, luego de realizar prueba diagnóstica o al alta del manejo terapéutico indicado, debe ser contrarreferido a Centro Asistencial de origen con resumen de historia clínica e indicaciones.

CLASIFICACION CIE-10

K25	**Ulcera Gástrica.**
K26	**Ulcera Duodenal.**
K27	**Ulcera Péptica, de sitio no especificado.**
K29	**Gastritis y Duodenitis.**
K30	**Dispepsia.**

INTRODUCCIÓN

La bacteria Helicobacter Pylori es agente causal de patología Gastroduodenal y factor de riesgo para desarrollo de adenocarcinoma gástrico y linfoma gástrico. Por lo tanto es necesario su diagnóstico oportuno, tratamiento y confirmación de erradicación.

OBJETIVO

La elaboración de la presente guía tiene como objetivos:

a) Lograr el entendimiento de la enfermedad Gastroduodenal por H. Pylori y sus eventuales manifestaciones.
b) Determinar el uso de las pruebas diagnósticas invasivas y no invasivas por niveles de atención.
c) Establecer las mejores opciones de tratamiento para la infección por H. Pylori.

DEFINICION:
La Enfermedad Gastroduodenal por *Helicobacter pylori* se define por la presencia activa en la mucosa gástrica de la bacteria, asociada o no a síntomas (epigastralgia, nauseas, vómitos, eructos, acidez, llenura precoz) y signos (dolor a la palpación del epigastrio), de inicio insidioso y tiempo de evolución de mediano o largo plazo.

ETIOLOGIA: El *Helicobacter pylori* es una bacteria gram negativa, flagelada, espiralada, que se encuentra en el estómago. En nuestro país la infección con *H. pylori* se adquiere predominantemente en la niñez. El organismo se asocia con gastritis aguda y crónica a lo largo de la vida y causa trastornos Gastroduodenal. (K25-K30).

Se sabe que la infección por *Helicobacter pylori* se relaciona de manera causal con el desarrollo de úlcera duodenal y gástrica, linfoma gástrico de células B y cáncer gástrico tipo intestinal. Alrededor del 15% de pacientes infectados con *H. pylori* desarrollarán úlcera péptica y 1% de pacientes desarrollará cáncer gástrico durante su vida. La infección por *H. pylori* no se asocia con un tipo específico de síntomas dispépticos.

FISIOPATOLOGIA: El *H.pylori* tiene la capacidad de penetrar la mucosa Gastroduodenal segregando diversas enzimas (como la ureasa), elevando el pH del medio y hacerlo más propicio para el desarrollo patógeno de este microorganismo. Esto puede provocar solución de continuidad de la mucosa que se identifica endoscópicamente como *erosión*, pero si esta solución de continuidad alcanza la submucosa se denominará *Ulcera gástrica o duodenal*, de acuerdo a su localización. Así mismo, existen otros factores asociados tanto externos (stress, tabaco, alcohol, uso de AINES, dieta inadecuada u otros), como internos (pepsina, ácido clorhídrico) que coadyuvan al desarrollo de estos estados patológicos.

CUADRO CLÍNICO:

SÍNTOMAS:
Relacionados al sistema digestivo alto: Epigastralgia, nausea, vómitos, eructos, acidez, llenura precoz.

SIGNOS:

Pueden ser inespecíficos u objetivos: ej., Dolor a la palpación del epigastrio.
Signos de Alarma: Pérdida de peso (>10% en más de tres meses), hematemesis, melena, anemia por deficiencia de hierro, hipotensión ortostática, odinofagia y disfagia progresiva, masa palpable en examen de abdomen, vómitos persistentes, linfadenopatía.

DIAGNÓSTICO:

Paciente dispéptico que durante 2 semanas o más no mejora con el uso de terapia empírica (antiácidos, inhibidor de la bomba de protones y/o cambio de dieta), en menores de 40 años de edad y sin signos de alarma, proceder a métodos diagnósticos no invasivos.

Pacientes sintomáticos con endoscopia alta diagnóstica menor a dos años (Gastritis Crónica o Erosiva), proceder a diagnóstico no invasivo.

En pacientes con antecedentes de Ulcera Gastroduodenal o Cáncer Gastroduodenal, proceder a diagnóstico invasivo (Endoscopia oral más biopsia de la mucosa gástrica).

POBLACIÓN OBJETIVO

Esta guía pretende ser un referente en la práctica clínica para los pacientes asegurados de las Redes Asistenciales a nivel nacional, con independencia del Centro Asistencial o del médico al que hayan acudido, para ser diagnosticados y tratados de forma similar.

MANEJO

ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN

La presente guía tiene como finalidad fomentar la creación de actividades preventivas promocionales en los diferentes establecimientos de salud de las Redes Asistenciales para identificar los factores de riesgo y/o protección para el desarrollo de infección por H. pylori.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS:

Las tasas de prevalencia de *H. pylori* varían según el año de nacimiento y clase social en el mundo desarrollado. Las tasas de prevalencia de infección en la mayoría de países desarrollados tienden a ser muchos mayores (50% a 80%) en los individuos nacidos antes de 1950, en comparación con las tasas de los nacidos más recientemente (menos de 20%). En muchos países en desarrollo la infección aun tiene una prevalencia muy alta (80% a 95%) independientemente del periodo de nacimiento. Las condiciones de hacinamiento que se asocian a la pobreza infantil conducen a un incremento de la trasmisión y a mayores tasas de prevalencia. Las tasas de reinfección en la edad adulta son más bajas.

En el caso del Perú se calcula una prevalencia entre el 70 % al 90%, variando de acuerdo al estrato socioeconómico, edad y presencia de Gastritis Crónica Activa, Úlcera Gástrica y/o Duodenal.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A INFECCIÓN POR H. PYLORI

Medio Ambiente: Servicios sanitarios deficientes (agua y desagüe), hacinamiento.
Estilos de Vida: Dieta inadecuada (basada en alimentos crudos o semicocidos), ingesta de agua no tratada.
Otros: Deficiente higiene buco-dental.

Se deben promocionar y promover:

- Estilos de vida saludables: Medidas higiénico- dietéticas.

ACTIVIDADES Y CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

En pacientes de 6 a 40 años de edad, sin signos de alarma y con síntomas dispépticos por un periodo mayor a 2 semanas que no ceden al uso de terapia empírica y pacientes sintomáticos con endoscopia alta menor a dos años, se recomienda el uso del Test del Aliento C-13 para detección de H. Pylori.
En pacientes mayores de 40 años con síntomas dispépticos por un periodo mayor de dos semanas que no ceden al uso de terapia se recomienda endoscopia digestiva alta.

METODO INVASIVO:

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA:

Según el Consenso de Maastricht III Florencia del 2006[17] se debe proceder a realizar la evaluación endoscópica Gastroduodenal en todo paciente con:

A. Síntomas persistentes que no ceden o ceden temporalmente con el uso de terapia sintomática empírica (antiácidos y cambio de la dieta), *Grado de recomendación A, nivel de evidencia 1b.*

B. Adulto de 40 años de edad o más con síntomas y/o signos de enfermedad Gastroduodenal. *Grado de recomendación A, nivel de evidencia 1b.*

C. Signos de alarma de inicio brusco (hipotensión ortostática, melena, hematemesis), asociados o no a factores de riesgo (stress quirúrgico o físico, tabaco, alcohol, uso de AINEs, dieta inadecuada). *Grado de recomendación A, nivel de evidencia 1b.*

D. Diagnóstico previo de Gastritis o Duodenitis Crónica, Úlcera Gástrica y/o Duodenal, endoscopia anterior mayor a dos (02) años y presencia de *Helicobacter pylori. Grado de recomendación A, nivel de evidencia 1a.*

E. Antecedentes directos de familiares con cáncer gástrico.

Durante el desarrollo de esta prueba diagnóstica se debe proceder a tomar muestras de biopsia para la evaluación anatomopatológica u otros procedimientos (test de ureasa, cultivo) y determinar la presencia y grado de actividad del *Helicobacter pylori.*
Grado de recomendación A, nivel de evidencia 1b.

MÉTODOS NO INVASIVOS

TEST DEL ALIENTO C-13

Sensibilidad y especificidad mayor al 95%. Prueba que consiste en la toma de una primera muestra de aire exhalado, la ingesta de urea marcada C13 y 50cc de agua y la obtención de una segunda muestra de aire exhalado 30 minutos después. Estas muestras son analizadas en un espectrofotómetro para medir el nivel de CO2 exhalado marcado y de esta manera medir cuantitativamente la presencia de *Helicobacter pylori.* Esta prueba esta indicada en pacientes desde los seis (6) años de edad, en los siguientes casos:

A. Pacientes pediátricos con síntomas de enfermedad Gastroduodenal, imposibilidad técnica para realizar endoscopia alta diagnostica y sospecha de infección por *Helicobacter pylori.* ***Grado de recomendación A, nivel de evidencia 1c.***

B. Control post tratamiento de erradicación de *Helicobacter pylori.* ***Grado de recomendación A, nivel de evidencia 1b.***

C. Dispepsia no investigada en pacientes menores de 40 años sin signos de alarma (1 A)

D. Síntomas y Signos gastroduodenales con endoscopía y biopsia negativas y alta sospecha o riesgo de infección por *Helicobacter pylori.* ***Grado de recomendación A, nivel de evidencia 1c.***

E. Control de pacientes sintomáticos o no, con diagnostico previo de: Ulcera Gástrica, Ulcera Duodenal o Ulcera Gastroduodenal, y endoscopía anterior menor a dos (02) años. ***Grado de recomendación A, nivel de evidencia 1b.***

F. Gestantes o Adultos con patología oro faríngea (Ej.: neoplasias de cabeza y cuello), con síntomas de enfermedad gastrointestinal. De preferencia con evaluación por el gastroenterólogo. ***Grado de recomendación A, nivel de evidencia 1c.***

Indicaciones Previas al Test de Aliento:

- Suspender el uso de antibióticos 4 semanas previas a la prueba.
- Suspender el uso IBP, antiácidos y bismuto 2 semanas previas a la prueba.
- En cuanto a los Anti H2 algunos trabajos refieren suspender 24 horas antes del Test.
- En cuanto a los antiácidos alcalinos no esta descrito que den falsos positivos, por lo tanto se pueden seguir utilizando a dosis convencionales.

Cuando se ha demostrado la presencia de *Helicobacter pylori,* esta indicado en todos los casos la erradicación del mismo con tratamiento combinado de antibióticos y antiácidos o inhibidores de la bomba de protones (a dosis habituales), por un periodo de 10 a 14 días. Las terapias prolongadas (14 días) tienen mejores tasas de erradicación ***Grado de recomendación B, nivel de evidencia 2c.***

ACTIVIDADES DE TRATAMIENTO

Los esquemas recomendados (*Grado de recomendación A, nivel de evidencia 1a)*, son:

- Amoxicilina 1gr cada doce horas + Claritromicina 500mg cada doce horas + Inhibidor de la bomba de protones cada doce horas de 10 a 14 días.
- Para pacientes que refieran alergia a alguno de los antibióticos usar Metronidazol o Furazolidona.
- Como esquema terapéutico alternativo se puede .considerar la Furazolidona de 100 mg. en tabletas o en suspensión de 50 mg/5 ml. cada 6 horas por 10-14 días

- Considerar al Subsalicilato de Bismuto en suspensión a dosis de 30 ml cada ocho horas, prescrito por el gastroenterólogo.
- En caso de fracaso terapéutico se recomienda referir a mayor nivel de complejidad.

Para tener en cuenta una terapia de 10 a 14 días se debe valorar la adherencia y los efectos adversos. Es necesario que el medico se tome el tiempo suficiente para explicar al paciente como debe tomar las terapias complejas y explicarle los efectos adversos que puede tener con cada uno de los fármacos a utilizar.

ACTIVIDADES PARA EL SEGUIMIENTO O CONTROL

Serán determinadas por el médico tratante o especialista:

- A partir del mes de concluido el tratamiento con antibióticos, se debe realizar el Test del Aliento para confirmar la erradicación de H. pylori
- Debe considerarse la realización del Test del Aliento en los siguientes grupos con riesgo de recurrencia como: Dispepsia no ulcerosa, persistencia de gastritis crónica después de erradicación, sexo femenino, discapacidad habitual, edad joven, esposas de pacientes infectados.

GERENCIA DE PRESTACIONES HOSPITALARIAS - GCPS - ESSALUD
V°B°
G. LAVENCIO
GERENTE

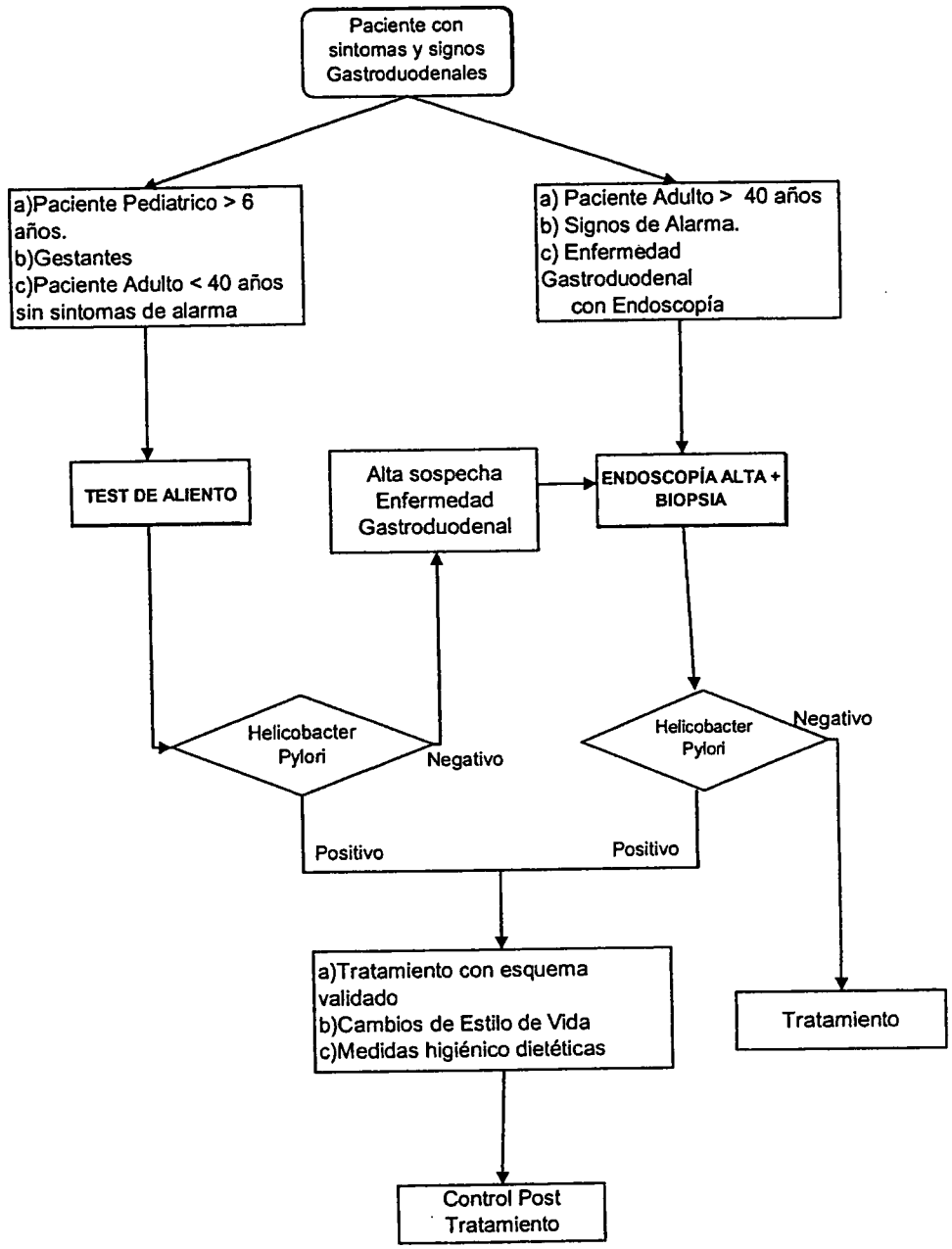
SUB GERENCIA DE SERVICIOS FINALES - GHGCPS - ESSALUD
V°B°
M. VIDAL A.
Sub Gerente

SUB GERENCIA DE CONTROL DE PRESTACIONES DE SALUD - GCPS - ESSALUD
V°B°
J. RAMIREZ
Gerente

GERENCIA DE OPERACIONES DE SALUD - GCPS - ESSALUD
V°B°
W. ZEVALLOS V.
GERENTE

OFICINA DE APOYO A LA GESTION E INFORMACION - ESSALUD
V°B°
B. Sandoval A.
JEFE

FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD GASTRODUODENAL POR HELICOBACTER PYLORI



CRITERIOS DE ALTA, REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Criterios de Referencia:

1. De acuerdo a la capacidad resolutiva, referir a todo paciente sintomático con antecedentes de Ulcera Gastroduodenal al Hospital II/III/IV para realizar Endoscopia Alta con Biopsia para el control respectivo.
2. En caso de persistir sintomatología referir a Hospital II/III/IV para manejo del paciente.

Criterio de Alta:

Paciente con Test del aliento negativo y/o biopsia post tratamiento negativo, biopsia post tratamiento negativo.

Criterio de Contrarreferencia:

Todo paciente, luego de realizar prueba diagnostica o al alta del manejo terapéutico indicado, debe ser contrarreferido a Centro Asistencial de origen con resumen de historia clínica e indicaciones.

NIVELES DE ATENCIÓN

NIVEL DE ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD GASTRODUODENAL POR HELICOBACTER PYLORI									
	Tercer Nivel de Atención		Segundo Nivel de Atención			Primer Nivel de Atención			
	Hospital Nacional	Hospital IV	Hospital III	Hospital II	Hospital I	Policlínico	Centro Médico	Posta Médica	UBAP
TRATAMIENTO SINTOMÁTICO					X	X	X	X	X
TEST DEL ALIENTO	*X	*X	X	X	X	X	X	Referencia	Referencia
TRATAMIENTO INFECCIÓN	X	X	X	X	**X	**X	**X	Referencia	Referencia
ENDOSCOPÍA ALTA + BIOPSIA	X	X	X	X	***X	***X	***X	Referencia	Referencia

* En casos de Control ó seguimiento
** Médico Internista, Pediatra, Gastroenterólogo
*** Si cuenta con Gastroeneterologia

* Seguimiento y manejos de fracasos terapéuticos o segundos diagnósticos
En el caso de presentarse reacciones adversas o secundarias durante o después del tratamiento, reportar estas al Comité Farmacológico de la Red Asistencial correspondiente y referir al paciente al Hospital IV para manejo respectivo.

RECURSOS HUMANOS, DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO

RECURSOS HUMANOS:
Nivel de atención primaria: Medico general, internista o pediatra.
Hospital II - IV: médico internista, pediatra o médico gastroenterólogo.

INFRAESTRUCTURA:
Ambientes físicos para la toma del Test del Aliento o la realización de endoscopia digestiva.

EQUIPAMIENTO:
Materiales, equipos y/o instrumental adecuado para procedimientos diagnósticos.

DECLARACIÓN DE AUSENCIA DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores que participaron en la elaboración de la presente guía declaran no tener vínculos ni interés económico con ninguna empresa.

BIBLIOGRAFIA:

1. American Gastroenterological Association (AGA). American Gastroenterological Association medical position statement: Evaluation of dyspepsia. J Gastro 2005; 29(5):1756-1780
2. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. ASGE Standards of Practice Committee Gastrointestinal Endoscopy. Guideline: The Role of endoscopy in dyspepsia. Gastrointest Endosc. 2007; 66:1071-75.
3. Chey WD, Wong BCY, and the Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. American College of Gastroenterology Guideline on the management of *Helicobacter Pylori* Infection. Am J Gastroenterol 2007; 102:1808-1825.
4. Chinese Society of Gastroenterology Consensus Report Eradication of Helicobacter pillory. Chin J Dig Dis. 2004; 5:186-188.
5. Coelho LG, Moretzsohn LD, Vieira WL, Gallo MA, Passos MC, Cindr JM et.al. New once-daily, highly effective rescue triple therapy after multiple *Helicobacter Pylori* treatment failures: a pilot study. Aliment. Pharmacol Ther. 2005; 21(6):783-787.
6. Desforges JF, editor. Helicobacter pylori in peptic ulcer disease. N Engl J Med 1991; 324:1043-1048.
7. Evidencia Clínica. 3ra Edición. Barcelona: British Publishing Group; 2004. Infección por Helicobacter pilory; p. 2529-46.
8. Fock KM et al. Management of Helicobacter Pylori infection, Singapore Ministry of Health Guideline. September 2004 [http://www.sign.ac.uk/pdf/2009dyspepsiareport.pdf]..
9. Ford AC, Delaney BC, Forman D, Moayyèdi P. Eradication therapy for peptic ulcer disease in *Helicobacter pylori* positive patients. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Apr 19;(2):CD003840.
10. Frenck RW Jr, Clemens J. Helicobacter in the developing world. Microbes Infect. 2003; 5:705-713.
11. Gisbert JP, Pajares JM. Review article: 13C-Urea breath test in the diagnosis of *Helicobacter pylori* infection - a critical review. Aliment Pharmacol Ther 2004; 20:1001-1017.
12. Huang JQ, Sridhar S, Hunt RH. Role of Helicobacter pylori infection and nonsteroidal anti-inflammatory drugs in peptic-ulcer disease: a meta-analysis. Lancet. 2002; 359(9300):14-22.
13. Hunt R. Will eradication of *Helicobacter Pylori* Infection influence the risk of gastric cancer? Am J Med. 2004; 117(5A):86S-91S.
14. Hunt, R. H. and Bazzoli, F. Should NSAID/low-dose aspirin takers be tested routinely for *H. pylori* infection and treated if positive? Implications for primary risk of ulcer and ulcer relapse after initial healing. Aliment Pharmacol Ther 2004; 19(suppl. 1):9-16.
15. Kuipers EJ, Malfertheiner P. *Helicobacter Pylori* and nonmalignant diseases. Helicobacter. 2004; 9 Suppl 1:29-34.
16. Makristathis A, Hirschl AM, Lehours P, Mégraud F. Diagnosis of *Helicobacter pylori* infection. Helicobacter. 2004; 9 Suppl 1:7-14.
17. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C, Bazzoli F, El-Omar F, Gram. D, Hunt R, Rokkas T, Vakil N, Kuipers E. Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht III Consensus Report. Gut 2007; 56:772-81
18. Malfertheiner P, Sipponen P, Naumann M, Moayyedi P, Mégraud F, Xiao SD et al. *Helicobacter Pylori* Eradication has the potential to prevent Gastric Cancer: A state of the art Critique. Am J Gastroenterol 2005; 100:2100-2115.
19. Megraud F & BMJ Learning, in association with Gut. 'Just in time module': Helicobacter Pylori and antibiotic resistance. 2005 [http://learning.bmj.com/learning/search-result.html?moduleId=5003210].
20. Mégraud F. Basis for the management of Drug-resistant *Helicobacter pylori* infection. Drugs 2004; 64(17):1893-1904.

21. Mégraud F. H pylori antibiotic resistance: prevalence, importance, and advances in testing. Gut 2004; 53:1374-1384.
22. Ming Fock K, Katelaris P, Sugano K, Leong Ang T, Hunt R, Talley NT et al. Second Asia Pacific Consensus Guidelines for *Helicobacter pylori* infection. J Gastroenterol Hepatol 2009; 24:1587-1600.
23. Moayyedi P, Hunt RH. *Helicobacter Pylori* Public Health Implications. Helicobacter. 2004; 9 Suppl 1:67-72.
24. Moayyedi P, Soo S, Deeks J, Delaney B, Harris A, Innes M, et al. Eradication of Helicobacter pylori for non-ulcer dyspepsia. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Apr 19;(2):CD002096.
25. Monés J, Gisbert JP, Borda F, Domínguez-Muñoz E. Indications, diagnostic tests and Helicobacter pylori eradication therapy: Recommendations by the 2nd Spanish Consensus Conference. Rev esp enferm dig 2005 May; 97(5):348-374.
26. New Zealand Guidelines Group. Management of dyspepsia and heartburn. Wellington, New Zealand. June 2004 [www.nzgg.org.nz].
27. NICE. Clinical Guideline 17. Dyspepsia: management of dyspepsia in adults in primary care. August 2004 [http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG017NICEguideline.pdf].
28. North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (NASPGHAN), *Helicobacter Pylori* infection in children: recommendations for diagnosis and treatment. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2006.
29. Organización Mundial de Gastroenterología (WGO). Guías Prácticas de la Organización Mundial de Gastroenterología: Helicobacter pilory en los países en desarrollo. Agosto 2010 [http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/es/pdf/guidelines/helicobacter_pylori_en_los_paises_desarrollo.pdf].
30. Parejo Carranza R, Olivares Miguel F, Escobar Castro H, Jimenez Alonso I, de Rafael Nerpell L, Camarero Salces C. Análisis comparativo de los métodos diagnósticos de la infección por Helicobacter pylori en el niño. An Esp Pediatr 1998; 49(3):257-263.
31. Ramírez Ramos A, Chinga E, Mendoza D, Leey Casella J, Segovia Castro MC, Otoya C. Variación de la prevalencia del H. pylori en el Perú Periodo (1985-2002), en una población de nivel socioeconómico medio y alto. Rev gastroenterol Perú abr/jun 2003; no. 2, 23:92-98.
32. Royal College of Physicians. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Dyspepsia: A national Clinical Guideline. Edinburgh 2003 [http://www.sign.ac.uk/pdf/sign68.pdf].
33. Ruggiero P, Peppoloni S, Rappuoli R, Del Giudice G. The quest for a vaccine against *Helicobacter pylori*: how to move from mouse to man? Microbes Infect. 2003; 5 (8):749-756.
34. Talley NJ, Vakil N, and the Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Practice Guidelines: Guidelines for the management of Dyspepsia. Am J Gastroenterol 2005; 100:2324-2337
35. Valdepérez J, Vicente R, Novella MP, Valle L, Sicilia B, Yus C et al. ¿Es fiable el test del aliento para el diagnostico de infección por Helicobacter pylori en atención primaria? Aten Primaria 2003; 31(2):93-97
36. Wong BCY, Lam SK, Wong WM, Chen JS, Zheng TT, Feng RE et al. *Helicobacter Pylori* Eradication to prevent gastric cancer in a high-risk region of China, a randomized controlled trial. JAMA. 2004; 291(2):187-194.
37. Zhou LY, Lin SR, Ding SG, Huang XB, Zhang L, Meng LM et al. The changing trends of the incidence of gastric cancer after Helicobacter Pylori eradication in the Shangdong area. Chin J Dig Dis. 2005; 6(3):114-115.