

**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Manejo de la
ÚLCERA PÉPTICA
EN ADULTOS
en el primer y segundo
niveles de atención

Evidencias y recomendaciones

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **SSA-150-08**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

Ave. Reforma No. 450, piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx
Publicado por CENETEC.
© Copyright CENETEC.

Editor General,
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: **Manejo de úlcera péptica en adultos en el primer y segundo niveles de atención**. México: Secretaría de Salud; 2008.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

CIE -10: CIE-10:K.27 Úlcera péptica
K.25 Úlcera gástrica. K.26 Úlcera duodenal

GPC: Manejo de la úlcera péptica en adultos
en el primer y segundo niveles de atención

Coordinadores :			
Dr. Rafael José Hernández Mortera,		Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán.	Subdirector de Enseñanza e Investigación.
Autores:			
Dr. Rafael José Hernández Mortera,		Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán.	Subdirector de Enseñanza e Investigación.
Dr. Antonio Polanco Saldivar,	Cirujano oncólogo.	Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán.	Cirujano oncólogo, Subdirector de Servicios Quirúrgicos.
Dr. Armando Vizcarra,	Cirujano general, endoscopista.	Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán.	Cirujano general, endoscopista.
Dr. Wilberth Guzmán,	Médico internista.	Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán.	Médico internista.
M. en A. Héctor Javier González Jácome	Medicina interna. Administración y políticas públicas.	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.	Subdirección de guías de práctica clínica.
Dr. Luis Agüero y Reyes	Medicina interna. Administración en salud	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.	Coordinación de guías de medicina interna
Validación interna			
Dr. Luis Eduardo Cárdenas Lailson	Medicina interna. Gastroenterología	Hospital General "Manuel Gea González"	Servicio de Medicina Interna
Revisión institucional			
Dr. Víctor Antonio García Guerrero	Gastroenterología. Endoscopia	Hospital General de México	Médico adscrito al servicio de Endoscopia Gastroenterología.

Índice

1. Clasificación.....	5
2. Preguntas a responder por esta guía.	6
3. Aspectos generales	
3.1. Justificación.	8
3.2. Objetivo de esta guía.	9
3.3. Definición.	10
4. Evidencias y recomendaciones.	11
4.1 Prevención primaria	
4.1.1 Promoción de la salud: educación para la salud.....	12
4.2 Prevención secundaria	
4.2.1 Detección	
4.2.1.1 Factores de riesgo.	13
4.2.1.2 Historia clínica.	14
4.2.1.3 Estudios de laboratorio.....	16
4.2.1.4 Estudios de gabinete.	19
4.2.2 Limitación del daño.	
4.2.2.1 Tratamiento oportuno y adecuado: tratamiento farmacológico.....	23
4.2.2.2 Tratamiento oportuno y adecuado: tratamiento no farmacológico.....	28
4.2.2.3 Prevención de complicaciones.....	29
4.3 Criterios de referencia.	31
5. Definiciones operativas.....	33
6. Anexos.	35
7. Bibliografía.....	36
8. Comité académico / editorial	37
9. Directorios.....	39
10. Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica.....	40

1. Clasificación

Catálogo maestro SSA-150-08			
Profesionales de la salud.	1.5 Cirujano(o) general. 1.11 Médico de urgencia. 1.13 Endoscopista. 1.15 Enfermera(o). 1.17 Gastroenteróloga(o). 1.19 Geriatra. 1.23 Médico familiar. 1.25 Médico internista. 1.27 Especialista en medicina preventiva. 1.45 Psicóloga(o).		
Clasificación de la enfermedad.	CIE-10: K.27 Úlcera Péptica. K.25 Úlcera gástrica. K.26 Úlcera duodenal.		
Categoría de GPC.	3.1.1 Nivel de atención primario. 3.2 Consejería. 3.3 Evaluación. 3.4 Diagnóstico y tamizaje. 3.6 Tratamiento. 3.8 Tratamiento farmacológico. 3.9 Tratamiento no farmacológico. 3.15 Educación sanitaria.		
Usuarios potenciales.	4.3 Departamentos de salud pública. 4.5 Enfermeras generales. 4.6 Enfermeras especializadas. 4.7 Estudiantes. 4.9 Hospitales. 4.11 Investigadores. 4.12 Médicos especialistas. 4.13 Médicos generales. 4.14 Médicos familiares. 4.17 Organizaciones orientadas a enfermos. 4.22 Personal técnico de estudios de gabinete. 4.23 Planificadores de servicios de salud. 4.25 Proveedores de servicios de salud. 4.27 Psicólogos / profesionistas de la conducta no médicos. 4.28 Técnicos en enfermería. 4.32 Trabajadores sociales.		
Tipo de organización desarrolladora.	6.3 Gobierno federal: Secretaría de Salud. 6.4 Gobierno estatal: Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán.		
Población blanco.	7.4 Adolescentes de 13 a 18 años (específicamente, mayores de 15 años). 7.5 Adultos de 19 a 44 años. 7.6 Mediana edad, de 45 a 64 años. 7.7 Adultos de 65 a 79 años. 7.8 Adultos mayores de 80 años. 7.9 Hombres. 7.10 Mujeres.		
Fuente de financiamiento / patrocinador.	8.1 Gobierno federal: Secretaría de Salud. 8.4 Mixto: Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán.		
Intervenciones y actividades consideradas.	CIE-9: 89.04 Otra entrevista y evaluación. 89.05 Entrevista y evaluación diagnósticas, n/e. 89.08 Otra consulta. 89.09 Consulta no especificada de otra manera. 89.7X Reconocimiento médico general. 94.46 Asesoramiento sobre alcoholismo 94.53 Remitir al paciente hacia rehabilitación de alcoholismo. 94.61 Rehabilitación del alcohol. 94.63 Rehabilitación y desintoxicación de alcohol. 87.62 Tránsito esofágico-gástrico-duodenal. 87.69 Otras radiografías del tubo digestivo. 90.8 Examen microscópico de muestra de tracto gastrointestinal superior y de vómito. 90.9 Examen microscópico de muestra de tracto gastrointestinal inferior y de deyecciones. 91.9 Examen microscópico de muestra de sitio n/e. 44.14 Biopsia cerrada de estómago [endoscópica]. 44.15 Biopsia abierta del estómago. 44.19 Otros procedimientos diagnósticos sobre estómago.	96.07 Inserción de otro tubo nasogástrico. 96.33 Lavado gástrico. 44.43 Control endoscópico de hemorragia gástrica o duodenal. 89.61 Monitorización de presión arterial sistémica. 89.62 Monitorización de presión venosa central. 88.47 Arteriografía de otras arterias intra-abdominales. 99.18 Inyección o infusión de electrolitos. 99.08 Transfusión de expansor sanguíneo. 99.04 Transfusión de concentrado de hematies 99.05 Transfusión de plaquetas. 99.06 Transfusión de factores de coagulación. 99.07 Transfusión de plasma. 44.44 Embolización por catéter de una hemorragia gástrica o duodenal. 38.86-38.87 Oclusión quirúrgica de vasos abdominales.	44.49 Otro control de hemorragia de estómago o duodeno. 99.21 Inyección de antibiótico. 99.29 Inyección o infusión de otra sustancia terapéutica o profiláctica. 43.89 Otra gastrectomía parcial. 44.00 Vagotomía, no especificada de otra manera. 44.01 Vagotomía troncular. 44.02 Vagotomía supra-selectiva. 44.03 Otra vagotomía selectiva. 44.13 Otra gastroscopia. 44.14 Gastroscopia con biopsia. 44.21 Dilatación de píloro mediante incisión. 44.29 Otra piloroplastia. 44.40 Sutura de úlcera péptica n/e de otra manera. 44.41 Sutura de úlcera gástrica. 44.42 Sutura de úlcera duodenal. 44.99 Otra operación sobre el estómago. Exploración física; detección de H. pylori; seguimiento y control de la erradicación de H. pylori; erradicación de H. pylori; referencia y contra-referencia.
Impacto esperado en salud.	Disminución de la tasa de incidencia y de la tasa de prevalencia de úlcera péptica, de úlcera gástrica y de úlcera duodenal, y de cáncer gástrico. Disminución de la tasa de morbilidad hospitalaria y de mortalidad por úlcera péptica, por úlcera gástrica y por úlcera duodenal, y de mortalidad general.		
Metodología:	Definir el enfoque de la GPC. Elaboración de preguntas clínicas. Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia. Protocolo sistematizado de búsqueda. Revisión sistemática de la literatura. Búsquedas de bases de datos electrónicas. Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores. Búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales revisadas: Guías seleccionadas: XX del periodo 2001-2008. Revisiones sistemáticas. Ensayos controlados aleatorizados. Reporte de casos. Validación del protocolo de búsqueda por la Biblioteca de la Universidad del Mayab. Adopción de guías de práctica clínica internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia. Construcción de la guía para su validación. Responder a preguntas clínicas por adopción de guías. Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional. Responder a preguntas clínicas por revisión sistemática.		
Método de validación y adecuación.	Validación del protocolo de búsqueda: por la Biblioteca de la Universidad del Mayab. Método de validación de la GPC: validación por pares clínicos. Validación interna: Hospital General Manuel Gea González Revisión externa: Academia Nacional de Medicina		
Conflictos de interés.	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.		
Registro y actualización.	Catálogo maestro SSA-150-08		

2. Preguntas a responder por esta guía

1. ¿Cómo se debe definir la úlcera péptica?
2. ¿Cuál es la epidemiología de la úlcera péptica?
3. ¿Cuáles son los factores de riesgo para desarrollar úlcera péptica?
4. ¿Cuáles son los criterios diagnósticos para úlcera péptica?
5. ¿Cuáles son los métodos diagnósticos para *Helicobacter pylori*?
6. ¿Cuál es la utilidad de la serie esófago-gastro-duodenal en la úlcera péptica?
7. ¿Cuál es la utilidad de la detección de *H. pylori* en la úlcera péptica?
8. ¿Cuál es la utilidad de la endoscopia en la úlcera péptica?
9. ¿Cuáles son las acciones que se llevan a cabo ante los hallazgos endoscópicos de la úlcera gástrica y de la úlcera duodenal, no complicadas?
10. ¿Qué se debe hacer ante los hallazgos endoscópicos de una úlcera péptica complicada?
11. ¿Cuál es el tratamiento de elección en la úlcera péptica?
12. ¿Cuál es la utilidad de los inhibidores de receptores H₂ en la úlcera péptica?
13. ¿Cuál es la utilidad de los antiácidos y de los cito-protectores en la úlcera gástrica y la úlcera duodenal?
14. ¿Cuál es la utilidad de los medicamentos inhibidores de la bomba de protones en la úlcera péptica?
15. ¿Con qué periodicidad se realizan las acciones de seguimiento y control en la úlcera péptica?
16. ¿Cuál es el tratamiento de elección en los casos de infección por *H. pylori*?
17. ¿Con qué periodicidad se deben realizar acciones de seguimiento y control en los casos de infección por *H. pylori*?

18. ¿Cuáles son las acciones específicas para la prevención primaria de la úlcera péptica?
19. ¿Cuáles son las acciones específicas de educación para la salud en la úlcera péptica?
20. ¿Cuáles son los signos clínicos más comunes en la úlcera péptica?
21. ¿Cuáles son los síntomas más comunes en la úlcera péptica?
22. ¿Cuáles son los criterios que orientan para la referencia al tercer nivel de atención?
23. ¿Cuál es el pronóstico de la úlcera péptica?

3. Aspectos generales

3.1 Justificación

La prevalencia de úlcera en estudios cruzados seccionales de corte transversal basados en la población, hasta un tercio de los adultos del mundo occidental se reportan con dispepsia. La prevalencia de úlcera péptica con síntomas gastrointestinales superiores se reporta de 10 a 20 %, pero la prevalencia en la población general se desconoce. La probabilidad de encontrar enfermedad ulcerosa péptica o cualquier causa orgánica que explique estos síntomas es mayor en el segundo nivel de atención que en el primer nivel, de donde son referidos (úlceras pépticas, epidemiología, adultos).

Aproximadamente 25 millones de personas en Estados Unidos han padecido enfermedad ulcerosa durante su vida. Cada año se reportan en Estados Unidos de 500,000 a 850,000 nuevos casos de úlcera péptica, y cuatro millones de casos de recurrencias. La prevalencia anual aproximada es de 1.8%, y la vitalicia es de 8 a 14% (*Michigan PUDO5*). En el 70% de los pacientes, ocurre entre los 25 y 64 años (*AMPH, 1996*). Las complicaciones de enfermedad ulcerosa péptica son fatales en aproximadamente 6,500 personas al año.

El costo directo e indirecto por cuidados del paciente y pérdidas productivas se estiman en 5.65 miles de millones de dólares al año. En México no existen estadísticas confiables sobre la incidencia y prevalencia de la enfermedad.

Con excepción de pacientes tomadores de analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINE's) y de los portadores de gastrinoma (síndrome de Zollinger-Ellison), el 95% de las úlceras duodenales y el 80% de las gástricas se asocian con infección por *Helicobacter pylori* (*Position statement 2001*).

Sin embargo, la incidencia de úlcera péptica está disminuyendo, posiblemente como resultado del incremento en el uso de inhibidores de la bomba de protones y la disminución en la frecuencia de infección por *H. pylori* (*APT 2002*).

3. Aspectos generales

3.2 Objetivo de esta guía

La guía de práctica clínica: **Manejo de la úlcera péptica en adultos en el segundo nivel de atención**, forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer y segundo niveles de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Incrementar el diagnóstico temprano
2. Disminuir la frecuencia de complicaciones de úlcera péptica
3. Realizar una referencia oportuna
4. Erradicar el *Helicobacter pylori*
5. Realizar una contra referencia oportuna
6. Disminuir la recidiva de úlcera péptica
7. Disminuir el impacto económico institucional y familiar

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3. Aspectos generales

3.3 Definición

La úlcera péptica es una patología del tracto gastrointestinal superior, caracterizado por daño o lesión en la pared gástrica o duodenal, que penetra más allá de la capa *muscularis mucosae*, cicatriza con tejido de granulación, y endoscópicamente es mayor de 5 mm. Es secundaria a la secreción de pepsina y ácido gástrico, lo cual ocurre principalmente en el estómago y el duodeno proximal.

CIE 10:

K27 Úlcera péptica, sitio inespecífico

- K27.0 aguda con hemorragia
- K27.1 agudo con perforación
- K27.2 aguda con hemorragia y perforación
- K27.3 aguda con hemorragia o perforación
- K27.4 crónica o sin especificar con hemorragia
- K27.5 crónica o sin especificar con perforación
- K27.6 crónica o sin especificar con hemorragia y perforación
- K27.7 crónicas sin hemorragia o perforación
- K27.9 sin especificar como agudo o crónico sin hemorragia o perforación

Órganos Involucrados

K25 Úlcera gástrica

- .0 Aguda con hemorragia
- .1 aguda con perforación
- .2 aguda con hemorragia y perforación
- .3 aguda con hemorragia o perforación
- .4 crónica o no especificada con hemorragia
- .5 crónica o no especificada con perforación
- .6 crónica o no especificada con hemorragia y perforación
- .7 crónica sin hemorragia o perforación
- .9 no especificada como aguda o crónica sin hemorragia o perforación

K26 Úlcera duodenal

- .0 aguda sin hemorragia.
- .1 aguda con perforación.
- .2 aguda con hemorragia y perforación.
- .3 aguda con hemorragia o perforación.
- .4 crónica o no especificada con hemorragia.
- .5 crónica o no especificada con perforación.
- .6 Crónica o no especificada con hemorragia y perforación.
- .7 crónica sin hemorragia o perforación.
- .9 no especificada como aguda o crónica sin hemorragia o perforación.

Intestino delgado, asociado con divertículo de Meckel.

4. Evidencias y recomendaciones

Las recomendaciones señaladas en esta guía, son producto del análisis de las guías de práctica clínica internacionales seleccionadas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura.

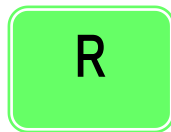
La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Los niveles de las evidencias y la graduación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada, citando entre paréntesis su significado. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas, en orden decreciente de acuerdo con su fortaleza. Para fines de esta guía se ha utilizado la metodología basada en la propuesta del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford (*Centre for Evidence-Based Medicine*). (ver anexo 5.1)

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía:



Evidencia



Recomendación

4.1 Prevención primaria

4.1.1 Promoción de la salud: educación para la salud

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	La prevalencia de úlcera péptica entre pacientes con síntomas gastrointestinales superiores se reportan entre 10 y 20 %, pero la prevalencia en la población general se desconoce. 1c <i>Pertti Aro. Peptic Ulcer Disease in a General Adult Population. 2006.</i>
E	La historia natural y la presentación clínica de la enfermedad ulcerosa péptica difieren en poblaciones individuales. Ila <i>Peptic ulcer disease Kalyanakrishnan Oklahoma. 2007.</i>
E	La probabilidad de encontrar enfermedad ulcerosa péptica o cualquier causa orgánica como una explicación para esos síntomas es mayor en pacientes del segundo nivel, que son usualmente referidos para tratamiento, que en el primer nivel de atención. Ic <i>Pertti Aro. Peptic Ulcer Disease in a General Adult Population. 2006.</i>
E	Cerca del 25 % de los pacientes con úlcera péptica tienen una complicación severa como hemorragia, perforación u obstrucción gástrica. Las úlceras silenciosas y las complicaciones son más comunes en pacientes añosos y en pacientes que toman AINEs. 2a <i>Kalyanakrishnan. Peptic ulcer disease Oklahoma. 2007.</i>
E	Pronóstico: un 80 a 90% de los pacientes sanarán con medicamentos y cambios en el estilo de vida; 60% recurrirá sin tratamiento (> 70% si el paciente es fumador); 20-30% recurrirá con tratamiento. Ocurre una disminución importante en la tasa de recurrencia de úlceras (las úlceras duodenales, con más frecuencia que las gástricas) posterior a la erradicación de la infección por <i>H. pylori</i>. Ia <i>Peptic ulcer disease Dynamed (Ebsco Host). Updated 2008.</i>

4.2 Prevención secundaria

4.2.1 Detección

4.2.1.1 Factores de riesgo

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Los dos mayores factores etiológicos para enfermedad ulcerosa son : 1. Uso de medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINE) o inhibidores selectivos de la ciclo-oxitena 2 (COX-2). 2. Infección por <i>Helicobacter pylori</i>. la <i>UMHS Peptic Ulcer Guideline, 2005</i>
E	La Infección por <i>H. pylori</i> y el uso de analgésicos antiinflamatorios no esteroides (AINE) son las causas predominantes de enfermedad ulcerosa péptica en los Estados Unidos, contabilizando 48% y 24 % de los casos, respectivamente. la <i>Kurata JH, Helicobacter pylori, and smoking. 1997</i>
R	La infección por <i>H. pylori</i>, los AINE y el tabaco son factores de riesgo para la úlcera péptica a considerar en la prevención. A Extremadamente recomendable, basada en evidencia de nivel 1. Manejo del paciente con dispepsia. <i>Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2003</i>
E	El tabaquismo incrementa el riesgo de recurrencia de úlceras y enlentece la cicatrización. la <i>Kurata JH, Helicobacter pylori, and smoking. 1997</i>
E	La nicotina empeora los efectos deletéreos de los factores agresivos y atenúa las acciones protectoras de factores defensivos en el proceso de desarrollo y reparación de úlceras gástricas. La nicotina también toma parte en la iniciación y promoción de carcinógenesis en el tracto gastrointestinal. la <i>K.K. Wu. The Pharmacological Actions of Nicotine on the Gastrointestinal Tract. 2004</i>

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E Otros factores, como la edad, el sexo, la historia personal y/o familiar de úlcera, los estilos de vida no saludables, los trastornos de ansiedad y la utilización crónica incluso a dosis bajas de ácido acetil salicílico (AAS), también se han asociado con la úlcera péptica y sus complicaciones. Los antecedentes de úlcera péptica aumentan la probabilidad de que un nuevo episodio de dispepsia se deba a una úlcera recurrente.	Ia <i>Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano Manejo del paciente con dispepsia. 2003</i>

4.2 Prevención secundaria

4.1.1 Detección

4.2.1.2 Historia clínica

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E Los síntomas típicos de la enfermedad ulcerosa péptica incluyen sensación ardorosa o dolor epigástrico quemante; el dolor aparece de dos a cinco horas después de la ingesta de los alimentos o en ayuno, y el dolor nocturno se alivia por alimentos, antiácidos o agentes anti-secretores.	Ia <i>Kalyanakrishnan O. Peptic ulcer disease. 2007</i>
E Un historial de dolor epigástrico episódico, alivio del dolor postprandial, y despertar nocturno por dolor con alivio posterior a la ingesta de alimentos son los hallazgos más específicos para úlcera péptica.	Ia <i>Kalyanakrishnan O. Peptic ulcer disease. 2007</i>
E La exploración física es poco confiable en un estudio; el dolor a la palpación profunda reduce la probabilidad de úlcera.	Ia <i>Kalyanakrishnan O. Peptic ulcer disease. 2007</i>

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
R Si la presentación clínica inicial sugiere el diagnóstico de enfermedad ulcerosa péptica, el paciente debe ser evaluado en busca de síntomas de alarma. La anemia, hematemesis, melena o sangre en heces sugieren hemorragia; el vómito sugiere obstrucción; la anorexia o pérdida de peso sugieren cáncer; el dolor abdominal superior persistente irradiado hacia el dorso sugiere penetración; y el dolor abdominal superior severo, diseminado, sugiere perforación.	A <i>Kalyanakrishnan O. Peptic ulcer disease. 2007</i>
E El diagnóstico clínico de presunción a partir de la historia clínica no es un método válido para seleccionar a los pacientes con patología orgánica subyacente a un cuadro clínico de dispepsia.	Ia Recomendación favorable, correspondiente a estudios de nivel 2 ó 3, o extrapolaciones de estudios de nivel 1. <i>Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano Manejo del paciente con dispepsia. 2003.</i>

4.2 Prevención secundaria

4.1.1 Detección

4.2.1.3 Estudios de laboratorio

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
R A los pacientes menores de 55 años, sin síntomas de alarma debiera realizárseles alguna prueba no invasiva validada localmente, para detectar una infección por <i>H. pylori</i> (ELISA en suero, urea en aliento, antígeno en heces, ELISA y prueba rápida en orina) y aconsejárseles discontinuar el uso de AINE, tabaco, alcohol y drogas ilícitas. Queda por establecer la recomendación de siguiente paso de manejo en caso de un resultado positivo: realizar endoscopia o administrar tratamiento de erradicación.	A <i>Kalyanakrishnan O. Peptic ulcer disease. 2007</i>
R La prueba del aliento con urea C¹³ es el método diagnóstico no invasivo de elección para la detección del <i>H. pylori</i> en los pacientes dispépticos.	B Recomendación favorable, correspondiente a estudios de nivel 2 ó 3, o extrapolaciones de estudios de nivel 1. <i>Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano Manejo del paciente con dispepsia. 2003</i>
E La precisión diagnóstica de la prueba de aliento de la urea C¹³ es del 95%. Es un estudio preciso, práctico y fácilmente disponible.	Ia <i>Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht III Consensus Report. 2007</i>
R Las pruebas no invasivas que se pueden emplear para estrategias de diagnóstico y tratamiento son la prueba de la ureasa en aliento y la prueba de antígeno en heces. Algunos kits para serología con alta precisión también pueden aplicarse.	B <i>Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht III Consensus Report. 2007</i>

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
R Los inhibidores de la bomba de protones son una fuente de falsos negativos en pruebas diagnósticas excepto en las serológicas. Los IBP deben suspenderse al menos dos semanas antes de realizar pruebas diagnósticas.	A <i>Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht III Consensus Report. 2007</i>
R La serología debe considerarse como prueba diagnóstica cuando otras pruebas diagnósticas puedan ser falsas negativas, como en pacientes con úlceras sangrantes, atrofia gástrica, linfomas MALT, y uso reciente o actual de IBP y antibióticos.	B <i>Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht III Consensus Report. 2007</i>
R La prueba del aliento con urea C¹³ se considera de elección en el control tras el tratamiento de erradicación del <i>H. pylori</i> en el paciente con úlcera duodenal.	B Recomendación favorable, correspondiente a estudios de nivel 2 ó 3, o extrapolaciones de estudios de nivel 1. <i>Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano Manejo del paciente con dispepsia. 2003.</i>
R En pacientes con diagnóstico de úlcera gástrica, el control tras el tratamiento de erradicación puede realizarse mediante el test rápido de la ureasa, en el momento de realizar la endoscopia de control.	B Recomendación favorable, correspondiente a estudios de nivel 2 ó 3, o extrapolaciones de estudios de nivel 1. <i>Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano. Manejo del paciente con dispepsia. 2003</i>
R En pacientes que se presenten para endoscopia sin tratamiento previo, una prueba de ureasa rápida positiva es suficiente para iniciar tratamiento.	A <i>Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht III Consensus Report. 2007.</i>

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
R Las pruebas para <i>H. pylori</i> activo incluyen la prueba de antígeno contra <i>H. pylori</i> y la prueba de urea en aliento. La prueba de antígeno en heces se ha reportado con una sensibilidad y una especificidad de más de 90% en pacientes no tratados con sospecha de infección por <i>H. pylori</i>. La prueba de urea en aliento tiene una sensibilidad y una especificidad de más de 90% para infección activa. Sin embargo, esta prueba requiere más preparación del paciente y es más costosa.	A <i>UMHS Peptic Ulcer Guideline. 2005</i>
R Las pruebas serológicas detectan anticuerpos para <i>H. pylori</i> con una sensibilidad y especificidad de aproximadamente 90%. Las pruebas serológicas solo deben ser usadas para diagnóstico inicial de <i>H. pylori</i> ya que los niveles de anticuerpo a menudo permanecen elevados después de que se ha eliminado el <i>H. pylori</i>. Las pruebas serológicas no deben ser usadas después que los pacientes han sido tratados para <i>H. pylori</i> para confirmar la cura.	A <i>UMHS Peptic Ulcer Guideline. 2005</i>

4.2 Prevención secundaria

4.1.1 Detección

4.2.1.4 Estudios de gabinete

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
R La endoscopia es la prueba diagnóstica de elección para investigar las lesiones del tracto digestivo superior y presenta un elevado rendimiento diagnóstico para patología orgánica en el paciente con dispepsia.	B Recomendación favorable, correspondiente a estudios de nivel 2 ó 3, o extrapolaciones de estudios de nivel 1. <i>Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano Manejo del paciente con dispepsia. 2003.</i>
R El test rápido de la ureasa es el método diagnóstico de elección para la detección del <i>H. pylori</i> en los pacientes dispépticos sometidos a una endoscopia.	B Recomendación favorable, correspondiente a estudios de nivel 2 ó 3, o extrapolaciones de estudios de nivel 1. <i>Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano Manejo del paciente con dispepsia. 2003.</i>
R En la úlcera gástrica, previamente al inicio del tratamiento, es recomendable investigar la presencia de la infección por <i>H. pylori</i> .	B Recomendación favorable, correspondiente a estudios de nivel 2 ó 3, o extrapolaciones de estudios de nivel 1. <i>Manejo del paciente con dispepsia. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano. 2003.</i>
R Es recomendable que todo paciente con úlcera gástrica se le repita la endoscopia para evaluar la curación de la úlcera y excluir malignidad, aún si la apariencia endoscópica es benigna y las biopsias no muestran la evidencia de malignidad.	C <i>British Society of Gastroenterology, 2004</i>

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
R	B Recomendación favorable, correspondiente a estudios de nivel 2 ó 3, o extrapolaciones de estudios de nivel 1. <i>Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano. Manejo del paciente con dispepsia. 2003</i>
R	C <i>Hoper. Gastric cancer, 2006</i>
R	A Evidencia consistente, orientada al paciente, de buena calidad. <i>Kalyanakrishnan O. Peptic ulcer disease. 2007</i>
Esto no está sujeto a controversia, pero se requieren más estudios para precisar los síntomas y signos predictores óptimos de alarma. Los propuestos por la AGA, la <i>Alberta Medical Association</i> o la guía española de dispepsia son: anemia, hematemesis, melena, prueba de sangre oculta en heces positiva (sugiere hemorragia); vómito importante, incoercible o recurrente (sugiere obstrucción); anorexia, pérdida de peso significativa no intencionada, masa abdominal palpable o historia familiar de cáncer de tubo digestivo alto (sugiere cáncer); dolor abdominal superior persistente irradiado a la espalda (sugiere perforación); disfagia u odinofagia; cirugía gástrica previa.	B Recomendación favorable, correspondiente a estudios de nivel 2 ó 3, o extrapolaciones de estudios de nivel 1. <i>Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano. Manejo del paciente con dispepsia. 2003.</i>

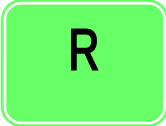
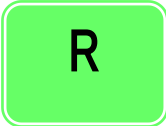
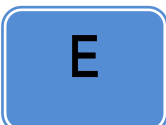
Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
R	A A los pacientes menores de 55 años, con sospecha de enfermedad ulceropéptica pero sin síntomas de alarma, no está justificado realizar una endoscopia de manera sistemática con la intención de descartar un cáncer gástrico. Evidencia consistente, orientada al paciente, de buena calidad. <i>Kalyanakrishnan O. Peptic ulcer disease. 2007</i>
E	B Recomendación favorable, correspondiente a estudios de nivel 2 ó 3, o extrapolaciones de estudios de nivel 1. <i>Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano</i> <i>Guía de práctica clínica: Dispepsia. 2003</i>
E	Ia La serie esófago-gastro-duodenal (SEGD) tiene una sensibilidad y especificidad de más de 90% en el diagnóstico de úlceras gástricas, úlceras duodenales y cáncer. <i>Asociación Estadunidense de Gastroenterología</i>
R	A La SEGD está indicada cuando la endoscopia no es posible realizarse, o si se sospechan complicaciones como la obstrucción de la salida gástrica. <i>Asociación Estadunidense de Gastroenterología</i>

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
Si se realiza endoscopia, deben realizarse biopsias de mucosa para que, mediante la prueba histológica, la prueba rápida de ureasa, o ambas, detecten una infección por <i>H. pylori</i> o cáncer. No se requiere el cultivo de <i>H. pylori</i> para el diagnóstico inicial. Cuando se indica la endoscopia, la prueba de primera elección es la prueba de ureasa de una muestra del antro, sólo en pacientes que no hayan ingerido bismuto, inhibidores de la bomba de protones, ni antimicrobianos, en las últimas cuatro semanas, ya que estos medicamentos disminuyen la sensibilidad de la prueba. La sangre en el lumen gástrico puede también comprometer la utilidad de la prueba de la ureasa de una biopsia antral, La prueba alternativa puede incluir el examen histológico de un espécimen tomado a cierta distancia del cráter de la úlcera y realizarle la prueba serológica.	<i>ASHP. 2001</i> B

4.2 Prevención secundaria

4.2.2 Limitación del daño

4.2.2.1 Tratamiento oportuno y adecuado: tratamiento farmacológico

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 En pacientes que reciben AINEs por largo tiempo y que tienen úlcera péptica y/o sangrado, el tratamiento de mantenimiento con IBP es mejor que la erradicación de <i>H. pylori</i> en la prevención de recurrencia de las úlceras y/o sangrado.	A Current concepts in the management of <i>Helicobacter pylori</i> infection: the Maastricht III Consensus Report. 2007.
 En los pacientes con úlcera duodenal, la fuerte asociación causal hace que no sea imprescindible investigar la presencia de la infección por <i>H. pylori</i>, para decidir administrar un tratamiento de erradicación. Esta recomendación pudiera cambiar en el futuro, a juzgar por la tendencia a reducirse esta asociación conforme pasa el tiempo.	Punto de buena práctica Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano Manejo del paciente con dispepsia. 2003.
 Todos los pacientes con úlcera duodenal deben recibir tratamiento de erradicación.	A Extremadamente recomendable, basada en evidencia de nivel 1. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano Manejo del paciente con dispepsia. 2003.
 Se recomienda el uso de bloqueadores de los receptores H₂ por ocho semanas: cimetidina, 300 mg vía oral cada seis horas; famotidina, 20 mg vía oral cada 24 hrs (por la noche), nizatidina, 150 mg vía oral cada 24 horas (por la noche); ranitidina 150 mg vía oral cada 24 horas (por la noche).	Ia Peptic ulcer disease Dynamed (Ebsco Host). Updated. 2008

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E Los diferentes inhibidores de la bomba de protones parecen tener una eficacia similar a dosis estándar. Para la curación de úlceras, el lansoprazol a 30 mg, el omeprazol a 20 mg, el pantoprazol a 40 mg y el rabeprazol a 20 mg tienen similar eficacia a las cuatro semanas. El omeprazol a 40 mg (dosis alta) es más efectivo que el omeprazol a 20 mg, tanto a las cuatro semanas como a las ocho semanas. Para el tratamiento de mantenimiento de las úlceras en cicatrización, el lansoprazol a 30 mg y el omeprazol a 20 mg tienen eficacia similar a 18 meses.	Ia <i>Peptic ulcer disease Dynamed (Ebsco Host). Updated. 2008.</i>
E El sucralfato es un protector de superficie y no debe administrarse con antiácidos o bloqueadores de los receptores H₂. La dosis es de un gramo, 30 a 60 minutos antes de la ingesta de los alimentos y en la noche, por seis a ocho semanas, con una dosis de mantenimiento de un gramo dos veces al día.	Ia <i>Peptic ulcer disease Dynamed (Ebsco Host). Updated 2008.</i>
E No existen estudios o éstos no son de calidad suficiente para demostrar que en la dispepsia funcional los antiácidos y los agentes citoprotectores (sales de bismuto, sucralfato y misoprostol) sean más efectivos que el placebo.	Ic <i>Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familiar y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano Manejo del paciente con dispepsia. 2003</i>
E Se recomienda el uso de antiácidos a dosis de 30 ml una y tres horas después de la ingesta de alimentos y en la noche, por seis a ocho semanas: hidróxido de aluminio y magnesio, con o sin simeticona, para aliviar los síntomas de acidez y de dispepsia.	Ia <i>Peptic ulcer disease Dynamed (Ebsco Host). Updated 2008 Jun 19.</i>

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Ila <i>NIH Consensus Development Panel on Helicobacter pylori in Peptic Ulcer Disease. 1994.</i>
E	Ila <i>Systematic review last updated 2006 Feb 1. Cochrane Library 2006 Issue 2:CD003840.</i>
E	Ia <i>Aliment Pharmacol Ther 2005 Apr 1;21(7):795 EBSCOhost Full Text in ACP J Club 2005 Sep-Oct;143(2):49 EBSCOhost Full Text.</i>
R	A Extremadamente recomendable, basada en evidencia de nivel 1. <i>Manejo del paciente con dispepsia. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2003.</i>
R	B Recomendación favorable, correspondiente a estudios de nivel 2 ó 3, o extrapolaciones de estudios de nivel 1. <i>Manejo del paciente con dispepsia. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2003.</i> La pauta basada en la terapia triple es la más utilizada, e incluye un inhibidor de la bomba de protones o ranitidina + citrato de bismuto (RCB) más dos de estos antibióticos: claritromicina, amoxicilina o metronidazol. La asociación de amoxicilina y metronidazol presenta resultados inferiores a las otras combinaciones de antibióticos. Dentro de los inhibidores de la bomba de protones, el medicamento más utilizado es el omeprazol, pero también el lansoprazol, el pantoprazol, el rabeprazol y el someprazol han mostrado ser eficaces.

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
R La pauta cuádruple se recomienda en caso de fracaso de erradicación, e incluye un inhibidor de la bomba de protones más subcitrate de bismuto con metronidazol y una tetraciclina. Los tratamientos con sólo dos fármacos se han mostrado menos eficaces, y actualmente se desaconsejan.	B Recomendación favorable, correspondiente a estudios de nivel 2 ó 3, o extrapolaciones de estudios de nivel 1. <i>Manejo del paciente con dispepsia. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2003.</i>
R En relación con la duración del tratamiento, la pauta triple de una semana, aunque ligeramente menos eficaz a la de 14 días, es la más aceptada por su mayor simplicidad, mejor cumplimiento y un menor número de efectos secundarios. En cuanto a la pauta cuádruple, una revisión sistemática confirmó que los regímenes de dos semanas en comparación con una semana no mejoran la tasa de erradicación.	B Recomendación favorable, correspondiente a estudios de nivel 2 ó 3, o extrapolaciones de estudios de nivel 1. <i>Manejo del paciente con dispepsia. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2003.</i>
R La pauta con triple terapia es la más recomendada, e incluye un IBP (o ranitidina + citrato de bismuto, RCB) más la combinación de claritromicina más amoxicilina o metronidazol.	B Recomendación favorable, correspondiente a estudios de nivel 2 ó 3, o extrapolaciones de estudios de nivel 1. <i>Manejo del paciente con dispepsia. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2003.</i>
R La pauta de una semana es la más aceptada por su mayor simplicidad, mejor cumplimiento y menor número de efectos secundarios.	B Recomendación favorable, correspondiente a estudios de nivel 2 ó 3, o extrapolaciones de estudios de nivel 1. <i>Manejo del paciente con dispepsia. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2003.</i>

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
R Como tratamiento erradicador de primera línea se recomienda la terapia triple con inhibidor de la bomba de protones (o ranitidina + citrato de bismuto, RCB), claritromicina y amoxicilina, durante siete días.	B Recomendación favorable, correspondiente a estudios de nivel 2 ó 3, o extrapolaciones de estudios de nivel 1. <i>Manejo del paciente con dispepsia. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2003.</i>
R En pacientes alérgicos a la penicilina se utilizará la terapia triple erradicadora con inhibidores de la bomba de protones (o ranitidina + citrato de bismuto, RCB), claritromicina y metronidazol, durante siete días.	B Recomendación favorable, correspondiente a estudios de nivel 2 ó 3, o extrapolaciones de estudios de nivel 1. <i>Manejo del paciente con dispepsia. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2003.</i>
R Como tratamiento de erradicación de segunda línea, se recomienda la terapia cuádruple con inhibidor de la bomba de protones, subcitrato de bismuto, metronidazol y clorhidrato de tetraciclina, durante siete días.	B Recomendación favorable, correspondiente a estudios de nivel 2 ó 3, o extrapolaciones de estudios de nivel 1. <i>Manejo del paciente con dispepsia. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2003.</i>

4.2 Prevención secundaria

4.2.2 Limitación del daño

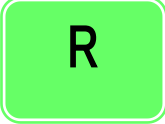
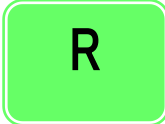
4.2.2.2 Tratamiento oportuno y adecuado: tratamiento no farmacológico

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
R La cirugía está indicada en: 1. Pacientes intolerantes a los medicamentos 2. Pacientes que no cumple con los regímenes de medicación. 3. Pacientes con riesgo de complicaciones: a. Trasplantados b. Dependientes de esteroides o antiinflamatorios no esteroides c. Úlceras gástricas o duodenales gigantes d. Falta de cicatrización de la úlcera 4. Pacientes con recidiva durante la terapia de mantenimiento. 5. Pacientes con múltiples cursos de medicamentos.	A Extremadamente recomendable, basada en evidencia de nivel 1 <i>Peptic ulcer disease Kalyanakrishnan Oklahoma. 2007</i>
E El manejo quirúrgico incluye: • Gastrectomía distal subtotal • Vagotomía, para evitar recurrencias • Vagotomía y drenaje • Vagotomía y antrectomía	Ia <i>Peptic ulcer disease Dynamed (Ebsco Host). Updated 2008 Jun 19</i>

4.2 Prevención secundaria

4.2.2 Limitación del daño

4.2.2.3 Prevención de complicaciones

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 En la úlcera duodenal, generalmente, la resolución completa de los síntomas indica una erradicación satisfactoria de la infección, la cual no es necesario comprobar.	B Recomendación favorable, correspondiente a estudios de nivel 2 ó 3, o extrapolaciones de estudios de nivel 1. <i>Manejo del paciente con dispepsia. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2003.</i>
 En la úlcera gástrica se requiere la realización de una endoscopia de control y se recomienda mantener el tratamiento anti-secretor hasta confirmar la erradicación.	B Recomendación favorable, correspondiente a estudios de nivel 2 ó 3, o extrapolaciones de estudios de nivel 1. <i>Manejo del paciente con dispepsia. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2003.</i>
 En los pacientes con úlcera duodenal, la fuerte asociación causal hace que no sea imprescindible investigar la presencia de la infección por <i>H. pylori</i> , para decidir administrar un tratamiento de erradicación. Esta recomendación pudiera cambiar en el futuro, a juzgar por la tendencia a reducirse esta asociación conforme pasa el tiempo.	Punto de buena práctica <i>Manejo del paciente con dispepsia. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2003.</i>

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
R Todos los pacientes con una úlcera gástrica (o duodenal también, si no, se administrará tratamiento completo de erradicación con antimicrobianos) aguda documentada, aunque sea inducida por AINEs, debe ser estudiada específicamente para confirmar o descartar una infección por <i>H. pylori</i>. Los pacientes con historia confirmada de úlcera y sintomatología actual deben también ser evaluados, estén o no tomando medicamentos antisecretores. La prueba diagnóstica debe realizarse antes de que traten a cualquier paciente para confirmar la presencia de infección por <i>H. pylori</i>. El tratamiento se debe ofrecer a cualquier paciente que tenga prueba positiva para el <i>H. pylori</i>, aún en ausencia de una úlcera.	ASHA. 2001 B
E La terapia de erradicación de <i>H. pylori</i> es más efectiva que la terapia anti-secretora en la prevención de la hemorragia recurrente por úlcera péptica.	Ia Gisbert P. <i>Helicobacter pylori</i> eradication therapy. Cochrane Library 2004.

4.3 Criterios de referencia

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
R Si tras llevar a cabo el tratamiento de erradicación de segunda línea, la prueba del aliento con urea C¹³ es positiva, derivar al paciente al especialista del aparato digestivo.	B Recomendación favorable, correspondiente a estudios de nivel 2 ó 3, o extrapolaciones de estudios de nivel 1. <i>Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano Manejo del paciente con dispepsia. 2003.</i>
E Si la presentación clínica inicial sugiere el diagnóstico de enfermedad ulcerosa péptica, deben investigarse síntomas de alarma en el paciente. • La anemia, hematemesis, melena o sangre en heces sugiere sangrado; el vómito sugiere obstrucción; la anorexia o pérdida de peso sugieren cáncer. • El dolor abdominal superior persistente irradiado hacia el dorso sugiere penetración. • El dolor abdominal superior intenso, diseminado, sugiere perforación.	Ila <i>Kalyanakrishnan O. Peptic ulcer disease. 2007</i>

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E La enfermedad ulcerosa péptica refractaria (que falla en cicatrizar después de ocho a 12 semanas de terapia) puede ser causada por : • Infección persistente o resistente por <i>H. pylori</i> • Uso continuado de antiinflamatorios no esteroides • Úlceras gigantes que requieran mayor tiempo para cicatrizar • Cáncer • Tolerancia o resistencia a los medicamentos • Estados hiper-secretores	Ila <i>Kalyanakrishnan O. Peptic ulcer disease. 2007</i>
R La cirugía está indicada en: 1. Pacientes intolerantes a los medicamentos 2. Pacientes que no cumple con los regímenes de medicación. 3. Pacientes con riesgo de complicaciones: a. Trasplantados b. Dependientes de esteroides o antiinflamatorios no esteroides c. Úlceras gástricas o duodenales gigantes d. Falta de cicatrización de la úlcera. 4. Pacientes con recidiva durante la terapia de mantenimiento 5. Pacientes con múltiples cursos de medicamentos	A <i>Kalyanakrishnan O. Peptic ulcer disease. 2007.</i>
R Los pacientes con uno o más signos y síntomas de alarma (pérdida de peso, vómitos, disfagia, sangrado digestivo y presencia de una masa abdominal palpable) deben ser derivados para la realización de una endoscopia.	B Recomendación favorable, correspondiente a estudios de nivel 2 ó 3, o extrapolaciones de estudios de nivel 1. <i>Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano Manejo del paciente con dispepsia. 2003.</i>

5. Definiciones operativas

Dispepsia: cualquier dolor o molestia localizado en la parte central de la mitad superior del abdomen. La duración de los síntomas al menos en un 25% de los días, durante las últimas cuatro semanas (Roma, II).

Úlcera péptica: patología del tracto gastrointestinal superior caracterizado por daño en la mucosa, que penetra más allá de la *muscularis* mucosa, cicatriza con tejido de granulación, y endoscópicamente es mayor de 5 mm. Es secundaria a la secreción de pepsina y ácido gástrico, lo cual ocurre principalmente en el estómago y duodeno proximal.

Reflujo: cuando los pacientes presentan síntomas de reflujo (pirosis y/o regurgitación) como síntoma principal, por definición se excluyen del grupo de pacientes con dispepsia y en general se consideran pacientes con ERGE.

Gastritis: diagnóstico histopatológico de inflamación de la mucosa gástrica, aguda (con infiltración neutrofílica) o crónica (infiltración con linfocitos, células plasmáticas, y asociado con metaplasia intestinal y atrofia). No es sinónimo de dispepsia.

Cáncer: término común para todos los tumores malignos. Se toma como sinónimo de neoplasia o tumor maligno.

Endoscopia: procedimiento médico que usa un instrumento acompañado de luz para mirar dentro de una cavidad u órgano corporal. Se inserta en las aberturas naturales.

Gastroscopia: examen de una muestra de tejido gástrico para hacer un cultivo con el fin de ayudar a determinar la presencia de ciertos microorganismos que pueden jugar un papel en el desarrollo de ciertas enfermedades.

Esófagogastroduodenoscopia (EGD): prueba que abarca el examen visual del revestimiento del esófago, estómago y de la porción superior del duodeno, mediante una cámara pequeña (endoscopio flexible de fibra óptica) que se pasa a través de la garganta.

Serie esófago–gastro-duodenal (SEGD): estudio radiológico contrastado con bario y/o aire, parte del tránsito intestinal, que visualiza el paso del medio a través de esófago, hiato, estómago y duodeno, y que por el doble contraste permite visualizar la integridad de la superficie mucosa de estas estructuras.

***Helicobacter pylori*:** bacteria Gram negativa espiral que, se estima, infecta a más de la mitad de la población mundial, predominantemente en países desarrollados, establecida como causa de dispepsia, gastritis, úlceras pépticas, cáncer gástrico y linfoma de tejido linfoide asociado con mucosa gástrica (MALToma).

Inhibidores H_2 : antagonistas de los receptores H_2 . Inhibidores de la producción ácida por competencia reversible de los receptores de histamina H_2 de la membrana basolateral de las células parietales, de menor potencia terapéutica que los IBP.

Análogos de las prostaglandinas: inhibidores de la secreción ácida de las células parietales gástricas por estimulación de los receptores EP_3 para prostaglandina E_2 y prostaciclina. Ejemplo: misoprostol.

IBP: inhibidores de la bomba de protones (H^+ , K^+ ATP-asa gástrica). El supresor de la secreción ácida más potente, en forma de pro droga que requiere activación en medio ácido y se difunde en las células parietales gástricas acumulándose en los canalículos secretores de ácido, uniéndose covalentemente e inactivando en forma irreversible la molécula de la bomba.

Sucralfato: polisacárido sulfatado que produce enlaces cruzados para formar un polímero viscoso y pegajoso que se adhiere a las células epiteliales y cráteres ulcerosos por hasta seis horas, inhibiendo la hidrólisis de las proteínas de la mucosa y con efecto citoprotector.

AINEs: analgésicos antiinflamatorios no esteroideos.

6. Anexos

6.1 Escala de gradación de evidencias y recomendaciones del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección)
	1b	Ensayo clínico aleatorio individual (con intervalos de confianza estrechos)
	1c	Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación
B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección)
	2b	Estudios de cohortes individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad (<80% de seguimiento)
	2c	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos
	3a	Revisión sistemática de estudios de caso-control, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección)
	3b	Estudios de caso control individuales
C	4	Serie de casos y estudios de cohortes y caso-control de baja calidad
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

7. Bibliografía

1. Aro et al. *Peptic Ulcer Disease in a General Adult Population*. The Kalixanda Study: A Random Population-based Study *Am J Epidemiol* 2006; 163: 1025–1034.
2. ASHP *Therapeutic Position Statement on the Identification and Treatment of Helicobacter pylori-associated Peptic Ulcer Disease in Adults*. Developed by the ASHP commission on therapeutics and approved by the ASHP board of directors on November 11, 2000. *Am J Health-Syst Pharm* 58(4): 331-337, 2001.
3. *Chronic Undiagnosed Dyspepsia: Adults*. Summary of the Alberta Clinical Practice Guideline, July 2000.
4. Cohen J, Safdi MA, Deal SE, Baron TH, Chak A, Hoffman B, Jacobson BC, Mergener K, Petersen BT, Petrini JL, Rex DK, Faigel DO, Pike IM. *Quality indicators for esophagogastroduodenoscopy*. *Gastrointest Endosc* 2006 Apr; 63(4 Suppl):S10-5. [30 references] PubMed.
5. Fendrick A M, Forsch R T, Van Harrison R, Scheiman J M. *Peptic Ulcer Disease*. University of Michigan Guidelines for Health System Clinical Care UMHS Peptic Ulcer Guideline, May 2005.
6. Ford AC, Delaney BC, Forman D, Moayyedi P. *Eradication therapy for peptic ulcer disease in Helicobacter pylori positive patients*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2. Art. No.: CD003840. DOI: 10.1002/14651858.CD003840.pub4.
7. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre dispepsia. *Manejo del paciente con dispepsia. Guía de práctica clínica*. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2003. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada: 3.
8. *H. pylori Associated Peptic Ulcer Disease: Adults*. Summary of the Alberta Clinical Practice Guideline, July 2000.
9. Japje A, Louw H. *Peptic ulcer disease*. *Curr Opin Gastroenterol* 2006, 22:607–611.
10. Kalyanakrishnan R, Salinas RC. *Peptic Ulcer Disease*, *Am Fam Physician* 2007; 76:1005-12, 1013.
11. Konturek SJ et al. *Helicobacter pylori, Non-steroidal Anti-inflammatory Drugs and Smoking in Risk Pattern of Gastroduodenal Ulcers*. *Scand J Gastroenterol* 2003 (9):923-930.
12. Kurata JH, Nogawa *Helicobacter pylori, and smoking*. *J. Clin Gastroenterol*. 1997.
13. Leontiadis GI, Sreedharan A, Dorward S, Barton P, Delaney B, Howden CW, et al. *Systematic reviews of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of proton pump inhibitors in acute upper gastrointestinal bleeding*. *Health Technol Assess* 2007; 11(51).
14. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C, Bazzoli F, El-Omar E, Graham D, Hunt R, Rokkas T, Vakil N, Kuipers E J. *Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht III Consensus Report*. The European *Helicobacter* Study Group (EHSg); *Gut* 2007; 56:772–781.
15. Mayta P et al. *Smoking and the Pathogenesis of Gastroduodenal Ulcer – recent mechanistic update*. *Molec Cell Biochem*, 253(1-2): 329-338. Nov 2003.
16. N. D. Yeomans; J. Naesdal- *Systematic Review: Ulcer Definition in NSAID Ulcer Prevention Trials*. *Aliment Pharmacol Ther*. 2008; 27(6):465-472.
17. *Peptic ulcer disease* Dynamed (Ebsco Host). Updated 2008 Jun 19.

18. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). *Dyspepsia. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2003 Mar. 27 p. (SIGN publication; no. 68) [114 references].*
19. Singapore Ministry of Health. *Management of Helicobacter pylori infection.* Singapore: Singapore Ministry of Health; 2004 Sep. 25 p. [29 references].
20. Talley N J et al. *Guidelines for the Management of Dyspepsia.* Am J Gastroenterol 2005; 100:2324–2337.
21. Talley NJ. *American Gastroenterological Association medical position statement: evaluation of dyspepsia.* Gastroenterology 2005 Nov; 129(5):1753-5. [16 references] PubMed.
22. University of Michigan Health System. *Peptic ulcer disease.* Ann Arbor (MI): University of Michigan Health System; 2005 May. 9 p. [7 references] 1998-2008 National Guideline Clearinghouse. Date Modified: 3/17/2008.
23. Vilaichone R K, Mahachai V, Graham D Y. *Helicobacter pylori Diagnosis and Management.* Gastroenterol Clin N Am 35 (2006) 229–247.
24. WKK Wu, CH Cho. *The Pharmacological Actions of Nicotine on the Gastrointestinal Tract.* J Pharmacol Sci, 94: 348 – 358 (2004).
25. Gisbert P J, Khorrami S, carballo F, et al. *Helicobacter pylori eradication therapy vs. antisecretory non-eradication therapy (with or without long-term maintenance antisecretory therapy) for the prevention of recurrent bleeding from peptic ulcer.* Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009; 4.

8. Comité académico/editorial

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

M. en A. María Luisa González Rétiz	Directora General
Dr. Esteban Hernández San Román	Director de Evaluación de Tecnologías en Salud
M. en A. María de Lourdes Dávalos Rodríguez	Coordinación Científica y Editorial Guías de Práctica Clínica
M. en A. Héctor Javier González Jácome	Subdirector de guías de práctica clínica
Dr. Luis Agüero y Reyes	Coordinador de guías de medicina interna
Dr. Eric Romero Arredondo	Coordinador de guías de cirugía
Dra. Jovita Lorraine Cárdenas Hernández	Coordinadora de guías de gineco-obstetricia
Dr. Domingo Antonio Ocampo	Coordinador de guías de pediatría
Dr. David Leonardo Hernández Santillán	Coordinador de guías de medicina familiar (OMS)
Dra. Mercedes del Pilar Álvarez Goris	Comunicación y logística
Lic. Ana María Otero Prieto.	Comunicación y logística
Lic. Margarita Isela Rivera Ramos	Diseño gráfico
Lic. Alejandra Thomé Martínez	Revisión editorial

9. Directorios

Secretaría de Salud.

Dr. José Ángel Córdova Villalobos.

Secretario de Salud.

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

Dr. Julio Sotelo.

Comisionado.

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS.

Mtro. Juan Francisco Molinar Horcasitas.

Director General.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE.

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares.

Director General.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF.

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín.

Titular del organismo SNDIF.

Petróleos Mexicanos / PEMEX.

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza.

Director General.

Secretaría de la Marina.

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza.

Secretario de Marina.

Secretaría de la Defensa Nacional.

General Guillermo Galván Galván.

Secretario de la Defensa Nacional.

Consejo de Salubridad General.

Dr. Enrique Ruelas Barajas.

Secretario del Consejo de Salubridad General.

DIRECTORIO INSTITUCIONAL

**Hospital Regional de Alta Especialidad
de la Península de Yucatán.**

Dr. Álvaro Augusto Quijano Vivar.

Secretario de Salud,

Estado de Yucatán.

Dr. José Luis de Jesús Rodríguez

Echanove.

**Jefe del Departamento de Innovación y
Calidad, Hospital General O'Horan.**

10. Comité nacional de guías de práctica clínica

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaría de Innovación y Calidad y Presidenta del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Avila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	
Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General	Titular
General de Brigada Médico Cirujano Víctor Manuel Rico Jaime Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Contralmirante SSN MC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Ma. de las Mercedes Gómez Mont Urueta Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
M en A Maria Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y suplente del presidente
Dr. Octavio Rodrigo Martínez Pérez Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua	Titular 2009-2010
Dra. Elvia E. Patricia Herrera Gutiérrez Secretaria de Salud y Directora General de los Servicios de Salud del Estado de Durango	Titular 2009-2010
Dr. Ramón Armando Luna Escalante Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Michoacán	Titular 2009-2010
Acad. Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Acad. Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Dra. Mercedes Juan Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	Asesor Permanente
Dr. Jesús Eduardo Noyola Bernal Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud de CENETEC y Secretario Técnico del Comité Nacional de GPC	Secretario Técnico