

¿Cómo manejan la infección por *Helicobacter pylori* los médicos gastroenterólogos del Perú? Estudio basado en una encuesta realizada en el 2014

How do gastroenterologists in Peru deal with *Helicobacter pylori* infection? Study based on a survey conducted in 2014

Andrea Ysela Escala Perez-Reyes¹, Andrea Estefanía Jiménez Carranza¹, Alejandro Bussalleu Rivera¹

¹ Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

Recibido: 12-08-2015; Aprobado: 2-11-2015

RESUMEN

Objetivo: Identificar el manejo de la infección por *Helicobacter pylori* usado por los gastroenterólogos peruanos mediante una encuesta. **Material y métodos:** Se presentó una encuesta sobre el manejo de *Helicobacter pylori* a los gastroenterólogos. **Resultados:** Se obtuvo 177 encuestas válidas (29,6% de la población). Entre los resultados principales se observó que 77,4% usa la endoscopia digestiva alta + biopsia (histología) para el diagnóstico, 95,5% opta por un inhibidor de la bomba de protones + amoxicilina + claritromicina como tratamiento de primera línea y 50,0% reevalúa a sus pacientes para determinar erradicación 4-6 semanas luego de culminarlo. **Conclusiones:** La mayoría de gastroenterólogos en el Perú maneja adecuadamente la infección por *Helicobacter pylori*, aunque lo referente a la reevaluación podría mejorar.

Palabras clave: *Helicobacter pylori*; Encuesta; Gastroenterología, Perú; Diagnóstico; Tratamiento (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Objective: This study seeks to identify, through a survey, how Peruvian gastroenterologists deal with *Helicobacter pylori* infection. **Material and Methods:** Gastroenterologists answered a survey concerning diagnosis and treatment of *Helicobacter pylori* infection. **Results:** 177 valid answers were obtained (29.6% of the population). Within the main results, 77.4% use endoscopy + biopsy (histology) for diagnosis, 95.5% choose proton pump inhibitor + clarithromycin + amoxicillin as first line treatment and 50.0% check for eradication 4-6 weeks after treatment. **Conclusions:** Most gastroenterologists in Peru deal adequately with *Helicobacter pylori* infection, although follow-up aspects could be improved.

Key words: *Helicobacter pylori*; Survey; Gastroenterology, Peru; Diagnosis; Treatment (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

En países en desarrollo la infección por *Helicobacter pylori* (*Hp*) es un problema de salud pública asociado a un bajo nivel socioeconómico, hacinamiento y pobres condiciones de higiene. Sin embargo, debido a la industrialización y al uso masivo de antibióticos entre otros factores, la epidemiología es cambiante ⁽¹⁻³⁾.

En Perú no existen estudios poblacionales recientes, pero en los estudios en pacientes dispépticos se observa una disminución en la prevalencia de infección por *Hp*, predominantemente en nivel socioeconómico medio-alto ^(1,4,5). Por ejemplo en el 2008, Prochazka et al. publicaron un estudio donde la prevalencia de *Hp* en pacientes dispépticos de una clínica privada fue de 38,5% ⁽⁶⁾, observándose una disminución de 20,2% desde los estudios iniciales de Ramirez-Ramos y Watanabe entre 1985 y 2002 ⁽⁷⁾. Aunque la prevalencia ha disminuido, se mantiene alta, por lo que idealmente la infección debe manejarse adecuadamente por médicos generales, internistas y gastroenterólogos de manera uniforme, aunque actualmente no exista un consenso.

El objetivo de este estudio es identificar la manera en que los gastroenterólogos peruanos manejan la infección por *Hp*. La información recopilada podría representar un insumo importante para un futuro consenso en el Perú.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se elaboró una encuesta (Anexos 1 y 2) de 23 preguntas: 5 preguntas demográficas y 18 relacionadas al manejo de los pacientes con infección por *Hp* (3 preguntas abiertas y 15 preguntas cerradas). Esta encuesta fue sometida primero a una evaluación por un grupo de expertos en el tema (7 gastroenterólogos que realizan investigación) y una experta en metodología de la investigación del departamento de estadística, demografía, humanidades y ciencias sociales de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Luego de las correcciones sugeridas, la encuesta fue llevada a dos grupos piloto: el equipo de gastroenterólogos del Hospital Cayetano Heredia y el de la Clínica Cayetano Heredia. En este punto, se realizaron observaciones y

Citar como: Escala Perez-Reyes AY, Jiménez Carranza AE, Bussalleu Rivera A. ¿Cómo manejan la infección por *Helicobacter pylori* los médicos gastroenterólogos del Perú? Estudio basado en una encuesta realizada en el 2014. Rev Gastroenterol Peru. 2015;35(4): 295-305

modificaciones en la formulación de la encuesta, con lo cual se consideró que estaba lista para el estudio.

Posteriormente el protocolo de investigación fue aprobado por la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y el Comité de Ética de dicha institución.

Se consiguieron los correos electrónicos de 412 gastroenterólogos (de 596 que figuran en el Registro Nacional de Especialidades (RNE) en el 2013) y la encuesta fue enviada junto con una hoja informativa. Se obtuvo la respuesta de 96 gastroenterólogos; todas fueron respuestas válidas.

En simultáneo, tuvo lugar el Curso Internacional de Avances en Gastroenterología y Endoscopía Digestiva, y para ampliar la tasa de respuesta se acudió con copias de la encuesta y la hoja informativa a dicho evento. Se entregaron 300 encuestas a los asistentes que aún no la habían respondido por correo electrónico y se obtuvieron 129 respuestas. De estas, 15 estaban incompletas y 33 no cumplían con los criterios de inclusión del estudio (médico gastroenterólogo de cualquier edad y sexo, que ejerza en el Perú y que esté inscrito en el RNE), por lo que se obtuvieron 81 respuestas válidas. El total de encuestas válidas fue de 177 (Anexo 3).

RESULTADOS

Se obtuvo 177 encuestas respondidas válidas (29,6%) para el análisis de datos. La muestra conserva las características demográficas de la población total que figura en el Registro Nacional de Especialidades y se considera una muestra representativa. El 78,0% de gastroenterólogos forma parte de la Sociedad de Gastroenterología del Perú; siendo la mayoría asociados. El 73,4% son de sexo masculino y 32,7% ejerce hace 20 años o más. Asimismo, 75,7% trabaja en Lima y 24,3% en provincia (la mayoría en Arequipa).

El 98,9% de gastroenterólogos tiene interés en detectar *Hp*. Para ello, 77,4% utiliza una endoscopía digestiva alta (EDA) + biopsia de la mucosa para histología, 6% la prueba rápida de ureasa en la biopsia, 5% el test del aliento espirado (TAE), y aunque no se esperaba un porcentaje tan alto, 11,0% respondió que emplean otros métodos (serología, antígenos en heces, cultivo, PCR).

La mayoría de especialistas busca *Hp* por sospecha clínica, como es el caso de pacientes dispépticos en general o dispépticos con alguna característica específica, o según hallazgos endoscópicos o antecedentes. Las indicaciones se encuentran detalladas en la Tabla 1. Hay que considerar que al tratarse de una pregunta abierta, hay gastroenterólogos que señalaron más de una indicación y cada una está contabilizada por separado.

Tabla 1: Indicaciones para buscar infección por *Helicobacter pylori*.

Indicaciones según el cuadro clínico	Total
Pacientes con dispepsia	69
Pacientes con dispepsia que no responden a tratamiento con IBP	31
Epigastralgia u otra sintomatología digestiva alta	40
Sintomáticos mayores de 30 años	2
Sintomáticos mayores de 35 años	2
Sintomáticos mayores de 40 años	9
Sintomáticos mayores de 45 años	2
Adultos mayores sintomáticos	1
Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)	5
Sintomatología alta NO ERGE	1
Hemorragia digestiva alta	5
Indicaciones según hallazgos endoscópicos	
Hallazgos endoscópicos sugerentes (no especifican)	2
Cualquier forma de gastritis	16
Úlcera gástrica o duodenal	55
Gastritis erosiva	2
Atrofia gástrica	4
Gastritis crónica	7
Gastroduodenitis	1
Gastritis nodular	2
Metaplasia intestinal	5
Gastropatía hiperplásica	1
Displasia leve	1
Indicaciones por otros diagnósticos	
Anemia no explicada	4
Uso crónico de AINES	4
Uso crónico de ASA	1
Púrpura Trombocitopénica Idiopática	1
Intestino irritable	1
Linfoma MALT	6
Indicaciones relacionadas a cáncer gástrico	
Sospecha clínica de cáncer gástrico	4
Diagnóstico confirmado de NM gástrico	5
Paciente post operado de cáncer gástrico	3
Síndrome consuntivo	1
Cualquier signo de alarma	6
Antecedente familiar de cáncer gástrico	29
Indicaciones según factores de riesgo	
Cualquier factor de riesgo	4
Consumen agua sin hervir	1
Antecedente de infección por <i>H. pylori</i>	3
Otros	
A cualquier paciente que se realiza una endoscopía	17
El paciente solicita el examen	3

Ante una prueba diagnóstica positiva, 83,1% de gastroenterólogos siempre indica tratamiento, 15,2% sólo algunas veces y 2,0% no lo indica. En caso de un hallazgo incidental (paciente asintomático) de *Hp*, 61,5% indica tratamiento y 38,5% no. El 95,5% de gastroenterólogos usa IBP + amoxicilina + claritromicina como terapia de primera línea para erradicar *Hp*, 2,0% indica IBP + bismuto + furazolidona + tetraciclina, y 3,0% otros tratamientos. La duración de estas terapias se encuentra en la Figura 1.

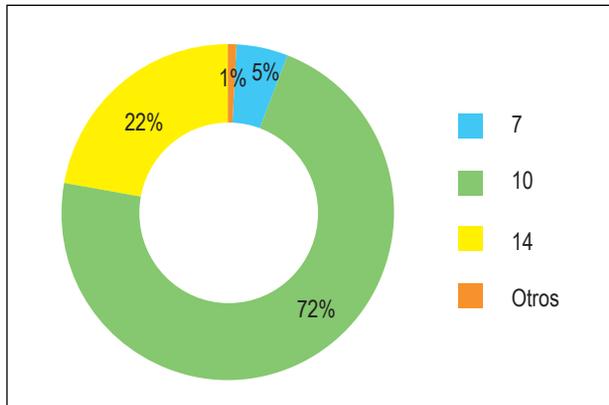


Figura 1. Duración en días del tratamiento de primera línea para la infección por *Helicobacter pylori*.

El 58,0% no tiene preferencia por un IBP y 42,0% sí la tiene. Asimismo, 61,0% de gastroenterólogos reevalúa siempre a sus pacientes luego del primer tratamiento, 38,0% sólo a algunos pacientes y 1,0% no reevalúa. La prueba diagnóstica usada para la reevaluación así como el tiempo entre la culminación del tratamiento y la realización de la prueba se detalla en las Figuras 2 y 3.

Si no se erradica la infección por *Hp*, 84,0% de gastroenterólogos cambia de tratamiento, 15,0% repite el mismo y 1,0% no indica tratamiento adicional. Entre los que cambian de terapia, 14,6% dieron respuestas poco específicas que no serán contabilizadas. En total

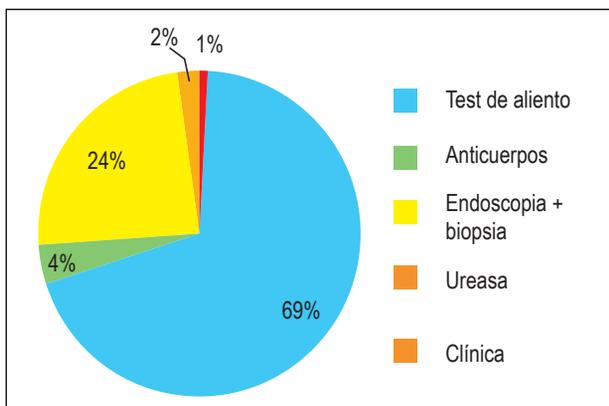


Figura 2. Método usado con más frecuencia para confirmar la erradicación de *Helicobacter pylori*.

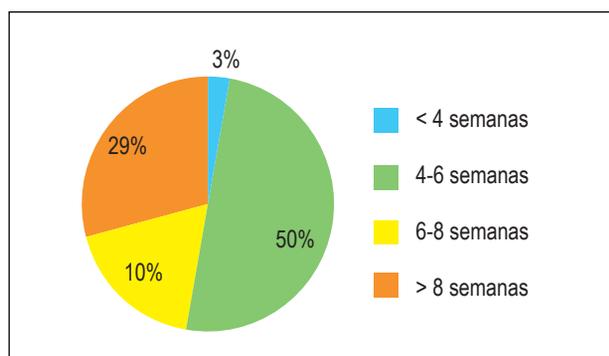


Figura 3. Tiempo entre culminación de tratamiento y re-evaluación del paciente.

se obtuvo 123 respuestas válidas (69,4% del total). El tratamiento de segunda línea más importante fue IBP + bismuto + tetraciclina + furazolidona (35,7% de las respuestas válidas), seguido por IBP + amoxicilina + levofloxacino (16,0%), IBP + bismuto + tetraciclina + metronidazol (7,3%), IBP + claritromicina + tinidazol (5,6%) e IBP + claritromicina + levofloxacino (4,8%). El resto de tratamientos corresponde a porcentajes muy pequeños y se detallan en la Tabla 2.

Tabla 2. Conducta si no se logra la erradicación de *Helicobacter pylori* con el tratamiento de primera línea.

Conducta a seguir	Total	Porcentaje (del total)	Porcentaje (de las respuestas válidas)
Repite el tratamiento	28	15,82%	-
No especifican a qué tratamiento cambian			
Cuádruple con bismuto	11	6,21%	-
Triple + bismuto	2	1,12%	-
Secuencial	4	2,26%	-
Incluyen levofloxacino	4	2,26%	-
Quinolonas + bismuto	1	0,56%	-
Tinidazol + bismuto	1	0,56%	-
Furazolidona	1	0,56%	-
Claritromicina + levofloxacino	1	0,56%	-
Tetraciclina + furazolidona	1	0,56%	-
Subtotal	26	14,69%	-
Tratamiento con tetraciclina			
IBP + bismuto + tetraciclina + furazolidona	44	24,86%	35,7%
IBP + bismuto + tetraciclina + metronidazol	9	5,08%	7,3%
IBP + bismuto + tetraciclina + amoxicilina	3	1,69%	2,4%
IBP + bismuto + tetraciclina	1	0,56%	0,8%
Bismuto + ranitidina + tetraciclina + metronidazole	1	0,56%	0,8%
Subtotal	58	32,7%	47,1%
Tratamiento con amoxicilina			
IBP + bismuto + amoxicilina + metronidazole	2	1,12%	1,6%
IBP + bismuto + amoxicilina + levofloxacino	1	0,56%	0,8%
IBP + bismuto + amoxicilina + furazolidona	3	1,69%	2,4%
IBP + bismuto + amoxicilina + claritromicina	1	0,56%	0,8%
IBP + amoxicilina + levofloxacino	20	11,3%	16,28%
IBP + amoxicilina + cualquier quinolona	1	0,56%	0,8%
IBP + amoxicilina + ácido clavulánico	1	0,56%	0,8%
IBP + amoxicilina + metronidazole	2	1,12%	1,6%
IBP + amoxicilina + claritromicina	1	0,56%	0,8%
IBP + amoxicilina + furazolidona	1	0,56%	0,8%
IBP + amoxicilina + tinidazol	1	0,56%	0,8%
IBP + amoxicilina + secnidazol	1	0,56%	0,8%
Subtotal	35	19,77%	28,48%
Tratamiento con claritromicina			
IBP + bismuto + claritromicina + secnidazol	1	0,56%	0,8%
IBP + claritromicina + tinidazol	7	3,95%	5,69%
IBP + claritromicina + levofloxacino	6	3,39%	4,88%
IBP + claritromicina + cualquier quinolona	1	0,56%	0,8%
IBP + claritromicina + metronidazole	4	2,26%	3,25%
IBP + claritromicina + tinidazol + furazolidona	1	0,56%	0,8%
Subtotal	20	11,3%	16,28%
Tratamiento con quinolonas			
IBP + bismuto + levofloxacino + furazolidona	3	1,69%	2,43%
IBP + bismuto + levofloxacino + secnidazol	1	0,56%	0,8%
IBP + bismuto + levofloxacino + tetraciclina	1	0,56%	0,8%
IBP + levofloxacino + metronidazol	2	1,12%	1,6%
IBP + levofloxacino + tinidazol	1	0,56%	0,8%
IBP + levofloxacino + azitromicina	1	0,56%	0,8%
Bismuto + quinolona + metronidazole	1	0,56%	0,8%
Subtotal	10	5,65%	8,14%
TOTAL	177	100%	

El 63% siempre comprueba la erradicación de *Hp* luego del segundo tratamiento, 30,0% algunas veces y 7,0% no comprueba la erradicación. Si no se alcanza la erradicación por segunda vez, la conducta que toma el especialista se resume en la Figura 4.

Si bien 42,0% cambia el tratamiento, sólo el 34,4% especificó a qué tratamiento cambia. Los esquemas más comunes como tercera línea son IBP + amoxicilina + levofloxacino (24,4% de las respuestas válidas), IBP + bismuto + tetraciclina + furazolidona (16,2%) y finalmente IBP + bismuto + tetraciclina + metronidazol (6,4%). El resto de tratamientos se especifican en la tabla 3. Entre estos esquemas se encuentran fármacos que no se habían considerado hasta el momento como nitazoxanida, doxiciclina y probióticos.

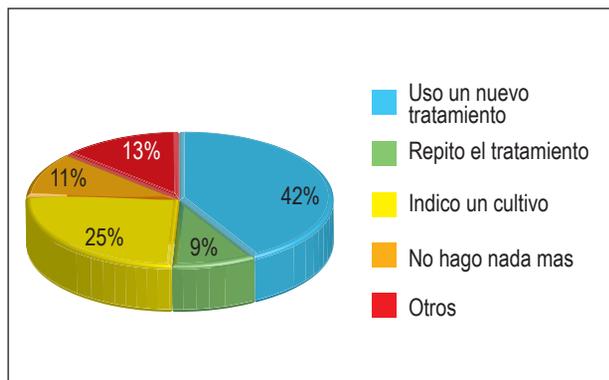


Figura 4. Conducta luego de fracasar con segunda línea de tratamiento.

DISCUSIÓN

De acuerdo a los datos del Colegio Médico del Perú, existió un total de 596 gastroenterólogos en el 2013, y para este estudio se intentó enviar la encuesta a todos. No obstante, sólo se consiguieron los correos electrónicos de 412. Se obtuvieron 96 respuestas (23,0% de las encuestas enviadas), que está dentro de lo esperado según la tasa de respuesta máxima del 30,0% que figura en la literatura (8). Es probable que este porcentaje no sea aleatorio, pues los médicos que respondieron la encuesta podrían tener mayor interés por la investigación y estar más actualizados que quienes no respondieron. A esto deben sumarse 81 respuestas obtenidas en el curso de gastroenterología, que suman un total de 177 respuestas válidas (31,0%).

La prevalencia de *Hp* en el Perú varía entre 38,5% (7) y 80,0% (9,10) según las características demográficas de la población estudiada y la fecha de publicación del estudio, pues ha cambiado con los años. Es importante mencionar que la prevalencia de adenocarcinoma gástrico en Lima llega a 24,3/100 000 en hombres y 17,6/100 000 en mujeres (11), y recalcar que *Hp* es el agente causal más común de cáncer relacionado con infecciones (12). La infección por *Hp* es un importante

Tabla 3. Conducta si no se logra la erradicación de *Helicobacter pylori* con el tratamiento de segunda línea

Conducta a seguir	Total	Porcentaje (del total)	Porcentaje (de las respuestas válidas)
No cambian el tratamiento o esperan a ampliar estudios (cultivo, pruebas de resistencia) antes de indicar una nueva terapia	99	55,93%	-
No especifican			
Cuádruple	4	2,26%	-
Secuencial	4	2,26%	-
Tinidazol	2	1,13%	-
Levofloxacino	5	2,82%	-
Tratamiento con tetraciclina			
IBP + bismuto + tetraciclina + furazolidona	10	5,65%	16,4%
IBP + bismuto + tetraciclina + metronidazol	4	2,26%	6,56%
IBP + bismuto + tetraciclina + amoxicilina	2	1,12%	3,25%
IBP + tetraciclina + amoxicilina	1	0,56%	1,6%
Tratamiento con amoxicilina			
IBP + bismuto + amoxicilina + metronidazol	1	0,56%	1,6%
IBP + bismuto + amoxicilina + claritromicina	1	0,56%	1,6%
IBP + bismuto + amoxicilina + quinolona	4	2,26%	6,56%
IBP + bismuto + amoxicilina + furazolidona	2	1,12%	3,25%
IBP + amoxicilina + levofloxacino	15	8,47%	24,6%
IBP + amoxicilina + claritromicina	1	0,56%	1,6%
IBP + amoxicilina + claritromicina + furazolidona	1	0,56%	1,6%
IBP + bismuto + amoxicilina secuencial	1	0,56%	1,6%
Bismuto + amoxicilina + levofloxacino	1	0,56%	1,6%
Bismuto + amoxicilina + azitromicina + probióticos	1	0,56%	1,6%
Amoxicilina + tinidazol + probióticos	1	0,56%	1,6%
Tratamiento con claritromicina			
IBP + claritromicina + levofloxacino	2	1,12%	3,25%
IBP + claritromicina + metronidazol	2	1,12%	3,25%
IBP + bismuto + claritromicina + secnidazol	1	0,56%	1,6%
Tratamiento con levofloxacino			
IBP + levofloxacino + metronidazol	2	1,12%	3,25%
IBP + levofloxacino + furazolidona	1	0,56%	1,6%
IBP + levofloxacino + tinidazol	1	0,56%	1,6%
IBP + levofloxacino + doxiciclina + nitazoxanida	1	0,56%	1,6%
IBP + bismuto + levofloxacino	2	1,12%	3,25%
Tratamiento con azitromicina			
IBP + bismuto + azitromicina + furazolidona	1	0,56%	1,6%
IBP + azitromicina + doxiciclina	1	0,56%	1,6%
Azitromicina + nitazoxanida + probióticos	1	0,56%	1,6%

problema de salud pública y es necesario que los médicos conozcan su manejo, la busquen activamente y la traten en sus consultorios.

El 98,9% de los gastroenterólogos encuestados tiene interés en diagnosticar *Hp*. Esto podría tener gran impacto sobre la salud pública nacional porque a pesar de la alta prevalencia, la tasa de re-infección por *Hp* es de aproximadamente 7,7% a los dos años según algunos estudios, por lo que la mayoría de pacientes se verían beneficiados con un tratamiento^(13,14).

En lo que se refiere a las indicaciones para buscar *Hp*, llama la atención que sólo 55 gastroenterólogos (aproximadamente 30%) respondieron que indican pruebas para *Hp* frente a una úlcera gástrica o duodenal. Es probable que debido a que se trata de una pregunta abierta, muchos médicos han dado respuestas amplias, basándose en la clínica (dispepsia) y no han considerado en primera instancia mencionar qué hallazgos endoscópicos los hacen pensar en esta infección.

Las indicaciones más aceptadas para diagnóstico y tratamiento de *Hp* están dadas por el consenso de Maastricht IV⁽¹⁵⁾ y la Academia Americana de Gastroenterología (AGA)⁽¹⁶⁾, donde las más importantes son: enfermedad ulcerosa gástrica o duodenal, MALToma, gastritis atrófica y antecedente familiar (1º grado) de cáncer gástrico. No obstante siempre resulta útil buscar literatura más cercana a la población peruana. En el 2008 se publicó el consenso de cáncer gástrico Asia-Pacífico⁽¹⁷⁾, que concuerda con recomendaciones publicadas años antes en el Consenso Latinoamericano de Río de Janeiro⁽¹⁸⁾: en poblaciones con alta frecuencia de cáncer gástrico (>20/100 mil), como la población peruana, es recomendable diagnosticar y tratar la infección por *Hp* en pacientes asintomáticos. Es por esto que en el 2008 la publicación de Ramírez Ramos y Sánchez Sánchez en la Revista de Gastroenterología del Perú⁽⁷⁾ sugiere que en el Perú la evaluación de pacientes con dispepsia debe incluir la realización de una EDA y de pruebas diagnósticas para *Hp*. Se sugiere además que siempre que estas pruebas fueran positivas, la bacteria debe ser erradicada. El 83,0% de gastroenterólogos indica tratamiento siempre que diagnostica *Hp*, es decir, la mayoría actúa según las recomendaciones para nuestra población; pero 17,0% no siempre trata la infección.

En un estudio similar a éste realizado en el Perú en el 2008, 73,0% de gastroenterólogos usaba la EDA + biopsia como prueba diagnóstica para *Hp*⁽¹⁹⁾. Este método continúa siendo el más utilizado, pues en este estudio el porcentaje es de 77,0%. Algo distinto sucede en países europeos, Estados Unidos, Canadá y Japón, donde la prueba diagnóstica de elección es la detección de antígenos en heces o exámenes serológicos⁽²⁰⁻²³⁾. Hay que considerar que muchos médicos que respondieron la encuesta trabajan en hospitales nacionales, donde no se tiene acceso a pruebas como el TAE o la detección de antígenos en heces, que requieren cuidados especiales

para mantener su sensibilidad, y lo más accesible es la EDA + biopsia como método diagnóstico. La desventaja descrita de este método es que se trata de un procedimiento invasivo, con riesgos que no se presentan con otras pruebas. No obstante, en un país como el Perú, con alta tasa de cáncer gástrico, es más recomendable realizar una EDA en la evaluación inicial de todo paciente dispéptico, porque permite hacer diferentes pruebas (cultivo, prueba rápida de la ureasa, PCR e histología) para confirmar la infección, así como identificar lesiones malignas y pre-malignas, tomar las biopsias correspondientes y en algunos casos, tomar medidas terapéuticas^(24,25). Esto concuerda con la publicación de Chile del 2014⁽²⁶⁾, donde respaldan el uso de la EDA sobre métodos no invasivos si el paciente tiene riesgo para cáncer gástrico. En nuestro país sería importante determinar si el porcentaje de pacientes en riesgo justifica el uso de métodos invasivos en todos los pacientes o si sería mejor determinar qué características del paciente lo definen como paciente en riesgo para elegir el mejor método diagnóstico.

Respecto al tratamiento, 95,5% de gastroenterólogos utiliza el esquema de IBP + amoxicilina + claritromicina como primera línea para la infección por *Hp*, que es lo más recomendado en la literatura^(15-19,27). Esta terapia ha sido estudiada con una duración de 7, 10 y 14 días. Los dos primeros alcanzan tasas de erradicación entre 82,0% y 86,0% en diferentes estudios, y no hay diferencia entre usar uno u otro. En cambio el esquema de 14 días alcanza tasas de erradicación mayores a 90%⁽²⁸⁾. En este estudio se encontró que sólo 22,0% de gastroenterólogos opta por extender el tratamiento hasta 14 días. Tal vez esto se deba a que resulta más difícil conseguir una adherencia adecuada por parte del paciente y los costos del tratamiento se incrementan, así como los potenciales efectos adversos de los medicamentos empleados.

Sólo el 61,0% reevalúa siempre a sus pacientes y la mayoría decide hacerlo 4 semanas o más después de culminar el tratamiento; este grupo sigue las recomendaciones de las guías⁽¹⁵⁻¹⁹⁾. Sin embargo, el 39% de especialistas hace seguimiento a sus pacientes algunas veces luego de tratarlos. Esto puede deberse a que consideren más importante re-evaluar a pacientes con factores de riesgo asociados, a pesar de que la recomendación es re-evaluar a todos. Asimismo se debe tener en cuenta que pocos pacientes acuden a la consulta para saber si erradicaron la infección por *Hp*, por lo que la reevaluación no sólo depende del médico. Según una publicación del 2013, menos del 20,0% de pacientes en una clínica de Lima regresa a un control para comprobar la erradicación⁽²⁹⁾.

El 67,0% utiliza el TAE para reevaluar al paciente, coincidiendo con el Maastricht IV como mejor opción⁽¹⁵⁾. En el Perú en el 2008 se encontró que

sólo 43,6% de gastroenterólogos usaba el TAE para comprobar erradicación⁽¹⁹⁾, por lo tanto este resultado indica que más gastroenterólogos están tomando en cuenta este método en su práctica clínica. En Lima hay cada vez más lugares que ofrecen el test y cuando es bien realizado, utilizando ¹³C o ¹⁴C, y suspendiendo antibióticos e IBP por lo menos 28 días antes, tiene sensibilidad y especificidad que superan 95,0%, tanto para diagnóstico como para seguimiento⁽²⁰⁾. Otra buena opción es la detección de antígeno en heces, incluso hay estudios que sugieren que permite re-evaluar al paciente 2 semanas después de concluir el tratamiento⁽¹⁵⁾. Los exámenes que detectan IgG en sangre u orina no son recomendables para re-evaluar al paciente porque ésta se mantiene elevada hasta bastante después de erradicar la bacteria⁽²⁴⁾. Por otro lado, 29,0% utiliza la EDA + biopsia para re-evaluar. Esto en parte puede ser porque no se cuenta con el TAE en muchos centros de salud. El consenso Maastricht IV recomienda pruebas invasivas únicamente en casos donde la EDA está indicada para seguimiento, como en úlceras gástricas, o siempre que el gastroenterólogo quiera reevaluar una lesión primaria.

Cuando no se erradica *Hp* luego del primer tratamiento, no se debe reutilizar los mismos antibióticos, y las pruebas de sensibilidad antibiótica y el cultivo se deben reservar para el fracaso con dos esquemas de tratamiento. En este estudio, en caso de no erradicar la infección por *Hp*, el 83,6% de gastroenterólogos cambia de esquema terapéutico y 14,6% repite el mismo. Se puede inferir que se repite el tratamiento cuando la adherencia no fue buena. Se debe tener en cuenta que el esquema de segunda línea que siguen los gastroenterólogos, depende del tratamiento de primera línea que utilizan. Claritromicina forma parte de la terapéutica inicial de la mayoría de gastroenterólogos, por lo que no figura en los esquemas de segunda línea. Se encontró que el tratamiento de segunda línea más usado es la terapia cuádruple con bismuto, lo cual coincide con la literatura, donde se observa una tasa de erradicación promedio de 76,0% cuando se usa como segundo esquema de tratamiento⁽³⁰⁾.

Si no se alcanza la erradicación por segunda vez, 42,0% usa un nuevo tratamiento. El más usado en este caso fue IBP + amoxicilina + levofloxacino. De acuerdo a las guías, como tercera línea se puede usar levofloxacino o rifabutín con un IBP y amoxicilina. Sin embargo, se recomienda que el tratamiento se base en pruebas de susceptibilidad antibiótica. La terapia secuencial resulta ser muy exitosa en otros países, con tasas de erradicación de 89-93,4%⁽³¹⁾ pero los estudios en el país no tienen tasas de erradicación tan altas^(32,33). En un estudio piloto en el Hospital Cayetano Heredia, la terapia secuencial alcanzó 73,0% de erradicación, siendo mucho menor a la reportada en estudios europeos⁽³²⁾. Si bien el 26,0% de gastroenterólogos

respondió que indica un cultivo luego de dos fracasos en el tratamiento, se percibe que la respuesta es teórica, pues hay un solo laboratorio que evalúa la resistencia de *Hp* a dos antibióticos y esto es mediante PCR. Por lo tanto, sería importante desarrollar un centro centinela para vigilar la resistencia antibiótica en el Perú para este tipo de casos.

A pesar de un minucioso diseño metodológico, el estudio no está libre de observaciones. En primer lugar, los especialistas al responder una encuesta en línea, pueden acceder a otras fuentes de información y complementar su respuesta. Asimismo, las preguntas abiertas, como en todo estudio, generaron dificultad para su respectivo análisis. Se debe tener en cuenta que hay escenarios que algunos gastroenterólogos pueden no haber enfrentado, como por ejemplo fracasar con el segundo tratamiento, por lo que en estos casos sus respuestas podrían ser teóricas.

Por otro lado, este estudio también cuenta con virtudes. Entre ellas, haber obtenido una tasa de respuesta de casi un 30% y haber captado especialistas de diferentes generaciones y ciudades del país. Esto ha permitido tener una visión precisa y completa del manejo de la infección por *Helicobacter pylori* en el Perú. La metodología de este estudio es fácil de reproducir, siempre y cuando el registro de información respecto a los especialistas esté actualizado. Al ser un tema que evoluciona en el tiempo, podría repetirse para actualizar la información en unos años. Incluso se podría ampliar a otras especialidades.

Este estudio brinda mucha información útil sobre el manejo tanto diagnóstico y terapéutico frente a la infección por *Hp* en el Perú. Si bien coinciden varios puntos con la literatura extranjera, es imprescindible ajustar el manejo a la realidad peruana actual para así lograr un mayor impacto en la salud pública. Es por eso que un consenso peruano sobre el manejo de la infección por *Hp* sería de gran ayuda tanto para médicos internistas como gastroenterólogos, que diariamente se enfrentan a pacientes con dispepsia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramírez Ramos A, Gilman RH, Watanabe J, Rosas A. Estudio de la epidemiología de la infección por el *Helicobacter pylori* en el Perú: 20 años después. Acta Gastroenterol Latinoam. 2004;34(2):69-78.
2. Palli D, Galli M, Caporaso NE, Cipriani F, Decarli A, Saieva C, et al. Family history and risk of stomach cancer in Italy. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 1994;3(1):15-8.
3. Rothenbacher D, Bode G, Berg G, Knayer U, Goner T, Adler G, et al. *Helicobacter pylori* among preschool children and their parents: evidence of parent-child transmission. J Infect Dis. 1999;179(2):398-402.
4. Barriga J. Determinación de hallazgos endoscópicos en pacientes dispépticos de nivel socioeconómico medio-alto [Tesis de bachiller en medicina]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1998.

5. Ramírez Ramos A, Mendoza D, Leey J, Guerra J. Estudio del *Helicobacter pylori* en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2002;19(4):209-14.
6. Prochazka Zárate R, Salazar Miente F, Barriga Calle E, Salazar Cabrera F. Prevalencia de *Helicobacter pylori* en una clínica privada de Lima. Sensibilidad de las biopsias del antro y el cuerpo, y la prueba rápida de la ureasa. Rev Gastroenterol Peru. 2010;30(1):33-9.
7. Ramirez Ramos A, Sánchez Sánchez A. *Helicobacter pylori* 25 años después (1983 - 2008): epidemiología, microbiología, patogenia, diagnóstico y tratamiento. Rev Gastroenterol Peru. 2009;29(2):158-70.
8. Sanchez Fernandez J, Muñoz Leiva F, Montoro Ríos J. ¿Cómo mejorar la tasa de respuesta en encuestas on line? Revista de estudios empresariales. 2009;(1):45-62.
9. Bardhan PK. Epidemiological features of *Helicobacter pylori* infection in developing countries. Clin Infect Dis. 1997;25(5):973-8.
10. Recavarren-Arce S, Gilman RH, Leon-Barua R, Salazar G, McDonald J, Lozano R, et al. Chronic atrophic gastritis: early diagnosis in a population where *Helicobacter pylori* infection is frequent. Clin Infect Dis. 1997;25(5):1006-12.
11. Pilco P, Payet E, Cáceres E. Cáncer gástrico en Lima metropolitana. Rev Gastroenterol Peru. 2006;26(4):377-85.
12. Herrera V, Parsonnet J. *Helicobacter pylori* and gastric adenocarcinoma. Clin Microbiol Infect. 2009;15(11):971-6.
13. Caravedo MA, Novoa IC. Recurrencia de la infección gástrica por *Helicobacter pylori* dos años después de la erradicación exitosa en pacientes con dispepsia funcional en un hospital en Lima. Comunicación libre. XXIII Congreso Peruano de Enfermedades Digestivas. Lima, Perú: Sociedad de Gastroenterología del Perú; 2012.
14. Ramirez-Ramos A, Gilman RH, Leon-Barua R, Recavarren-Arce S, Watanabe J, Salazar G, et al. Rapid recurrence of *Helicobacter pylori* infection in Peruvian patients after successful eradication. Gastrointestinal Physiology Working Group of the Universidad Peruana Cayetano Heredia and The Johns Hopkins University. Clin Infect Dis. 1997;25(5):1027-31.
15. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C, Atherton J, Axon A, Bazzoli F, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection--the Maastricht IV/ Florence Consensus Report. Gut. 2012;61(5):646-64.
16. Chey WD, Wong BC; 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(8):1808-25.
17. World Gastroenterology Organization. Practice Guideline on *Helicobacter pylori*. Gastroenterol Latinoam. 2010;21(2):165-81.
18. Coelho LG, Leon-Barua R, Quigley EM. Latin-American Consensus Conference on *Helicobacter pylori* infection. Latin-American National Gastroenterological Societies affiliated with the Inter-American Association of Gastroenterology (AIGE). Am J Gastroenterol. 2000;95(10):2688-91.
19. Montezuma Calvo D, Bussalleu Rivera A, De los Rios Semanache R. Conocimiento, actitud y práctica del manejo de la infección por *Helicobacter pylori* por médicos gastroenterólogos en el Perú - 2008 [Tesis de Bachiller]. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2008.
20. McNulty CA, Freeman E, Bowen J, Delaney BC. Variation in the use of *H. pylori* tests in UK general practice - a qualitative study. Aliment Pharmacol Ther. 2005;21(12):1425-33.
21. Rollan A, Arab JP1, Camargo MC1, Candia R1, Harris P1, Ferreccio C, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection in Latin America: a Delphi technique based consensus. World J Gastroenterol. 2014;20(31):10969-83.
22. Breuer T, Sudhop T, Goodman KJ, Graham DY, Malfertheiner P. How do practicing clinicians manage *Helicobacter pylori* related gastrointestinal diseases in Germany? A survey of gastroenterologists and family practitioners. Helicobacter. 1998;3(1):1-8.
23. Fujioka T, Yoshiiwa A, Okimoto T, Kodama M, Murakami K. Guidelines for the management of *Helicobacter pylori* infection in Japan: current status and future prospects. J Gastroenterol. 2007;42 Suppl 17:3-6.
24. Aguilar C, Saavedra P, Mendoza G, Bussalleu A, Cok J, Martínez F, et al. Estudio de la prueba de la ureasa o test de aliento y correlación con biopsia gástrica para la detección de *Helicobacter pylori* en pacientes dispépticos del Hospital Nacional Cayetano Heredia - Lima. Rev Gastroenterol Peru. 2007;27(2):172-6.
25. Ramirez Ramos A, Leey Casella J, Mendoza Requena D, Guerra J. *Helicobacter pylori* Epidemiología - Diagnóstico - Tratamiento - Consensos mundiales - Experiencia en el Perú. Diagnóstico. 2003;42(1).
26. Rollan A, Cortes P, Calvo A, Araya R, Bufadle ME, Gonzalez R, et al. Diagnóstico precoz de cáncer gástrico. Propuestas de detección y seguimiento de lesiones premalignas gástricas: protocolo ACHED. Rev Med Chile. 2014;142(9):1181-92.
27. Molina-Infante J, Lucinda AJ, Angueira T, Rodríguez-Tellez M, Perez-Aisa A, Balboa A, et al. Optimised empiric triple and concomitant therapy for *Helicobacter pylori* eradication in clinical practice: the OPTRICON study. Aliment Pharmacol Ther. 2015;41(6):581-9.
28. Rodriguez W, Pareja Cruz A, Yushimito L, Ramirez Ramos A, Gilman R, Watanabe J, et al. Tratamiento del *Helicobacter pylori* con omeprazol, amoxicilina y claritromicina en esquemas de 7 y 10 días. Rev Gastroenterol Peru. 2003;23(3):177-83.
29. Bernuy P, Salinas C, Benites H, Bussalleu A, Ojeda M, Montes P, et al. Eficacia de los tratamientos para la infección por *Helicobacter pylori* en una clínica particular. Rev Soc Peru Med Interna. 2013;26(3):115-20.
30. Malfertheiner P, Bazzoli F, Delchier JC, Celiński K, Riviere M, Mégraud F, et al. *Helicobacter pylori* eradication with a capsule containing bismuth subcitrate potassium, metronidazole, and tetracycline given with omeprazole versus clarithromycin-based triple therapy; a randomized, open-label, non-inferiority, phase 3 trial. Lancet. 2011;377(9769):905-13.
31. Tong JL, Ran ZH, Shen J, Xiao SD. Sequential therapy vs standard triple therapy for *Helicobacter pylori* infection: a meta-analysis. J Clin Pharm Ther. 2009;34(1):41-53.
32. Zegarra A, Bravo E, Prochazka R, Piscoya A, De Los Ríos R, Pinto JL, et al. Estudio Piloto: terapia secuencial en la erradicación del *Helicobacter Pylori* en el Hospital Cayetano Heredia. Rev Gastroenterol Peru. 2011;31(1):21.5.
33. Parra Perez V, Cueva Cueva K. Terapia secuencial versus terapia triple standard en la erradicación de *Helicobacter pylori* en el Hospital Hipólito Unanue. Comunicación libre. XXIII Congreso Peruano de Enfermedades Digestivas. Lima, Perú: Sociedad de Gastroenterología del Perú; 2012.

Correspondencia: Alejandro Bussalleu Rivera
34. Av. Nicolás de Rivera 874, San Isidro
E-mail: abussalleu@gmail.com

Anexo 1

MANEJO DE *Helicobacter pylori*

Esta encuesta es anónima y voluntaria y forma parte de una investigación que nos puede ayudar a, en el futuro, elaborar una guía peruana de diagnóstico y tratamiento de dicha infección. Estaríamos sumamente agradecidos con su colaboración.

1. **¿Está usted inscrito en el RNE?**
 - Sí
 - No
2. **¿Es usted miembro de la Sociedad de Gastroenterología del Perú?**
 - Sí, soy titular
 - Sí, soy asociado
 - No
3. **Sexo**
 - Masculino
 - Femenino
4. **Edad:**
5. **¿Hace cuántos años ejerce como médico gastroenterólogo?**
 - 0-5 años
 - 5-10 años
 - 10-15 años
 - 15-20 años
 - Más de 20 años
6. **¿En qué departamento del Perú ejerce como médico gastroenterólogo?**
7. **En su práctica clínica diaria, ¿busca usted la infección por *H. pylori*?**
 - Sí
 - No
8. **¿Cuál prueba utiliza con mayor frecuencia para hacer el diagnóstico de una infección por *H. pylori*?**
(si utiliza dos o más pruebas en el mismo paciente especifíquelo en "otros")
 - endoscopia alta + biopsia (histología, es decir, la envía al patólogo)
 - prueba de ureasa en la biopsia
 - test del aliento
9. **¿A qué pacientes le indica la prueba?**
10. **Cuando diagnostica *H. pylori* por primera vez, ¿siempre indica un tratamiento?**
 - Sí
 - Algunas veces
 - No lo indico
11. **¿Cuál es el tratamiento de primera línea que usted usa contra la infección por *H. pylori*?**
 - IBP + Amoxicilina + Claritromicina
 - IBP + Metronidazol + Claritromicina
 - Bismuto + Tetraciclina + Furazolidona + IBP
 - Otros:

- 12. ¿Durante cuántos días?**
 - 7 días
 - 10 días
 - 14 días
 - Otros:
- 13. ¿Tiene alguna preferencia por algún inhibidor de bomba de protones?**
 - Si
 - No
- 14. ¿Reevalúa a sus pacientes después de culminar el tratamiento?**
 - Si, a todos
 - A algunos
 - No los reevalúo
- 15. Si usted re-evalúa a su paciente, ¿cuánto tiempo después de culminar el tratamiento prefiere hacerlo?**
 - Menos de 4 semanas
 - 4-6 semanas
 - 6-8 semanas
 - Más de 8 semanas
- 16. ¿Qué método utiliza con mayor frecuencia para comprobar si erradicó la infección por *H. pylori*?**

Especificar si emplea dos o más pruebas en el mismo paciente para el diagnóstico

 - Endoscopía ata + biopsia (histología, es decir la envía al patólogo)
 - Prueba de ureasa en la biopsia
 - Test de aliento
 - Otros:
- 17. ¿Qué hace si un paciente no erradica la infección por *H. pylori*?**
 - Cambio el tratamiento
 - Repito el tratamiento
 - No indico tratamiento
- 18. Si cambia de tratamiento, ¿cuál usa?**
- 19. ¿Comprueba usted la erradicación de *H. pylori* luego de un segundo esquema de tratamiento?**
 - Siempre compruebo
 - Compruebo algunas veces
 - No compruebo
- 20. ¿Qué decide hacer si el paciente no alcanza la erradicación por segunda vez?**
 - Uso un nuevo tratamiento
 - Repito el tratamiento
 - Indico un cultivo
 - No hago nada más
- 21. Si en la pregunta anterior marcó alguna opción de tratamiento, ¿qué tratamiento indica?**

Anexo 2

HOJA INFORMATIVA PARA LOS PARTICIPANTES EN ESTUDIO

¿Cómo manejan la infección por *h. pylori* los médicos gastroenterólogos del Perú? Estudio basado en una encuesta realizada en el 2014

Investigadores: Dr. Alejandro Bussalleu Rivera, Andrea Escala Perez-Reyes, Andrea Jimenez Carranza
Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Medicina Alberto Hurtado
Contacto: alejandro.bussalleu@upch.pe, andrea.escala.p@upch.pe, andrea.jimenez.c@upch.pe

Estimado(a) doctor(a), lo/la invitamos a participar en una investigación que tiene por objetivo determinar cuáles son las prácticas de diagnóstico y tratamiento de infección por *Helicobacter pylori* de médicos gastroenterólogos peruanos.

La infección gástrica por *H pylori* es un problema de salud pública a nivel mundial y en el Perú en particular, con altas tasas de recurrencia y resistencia antibiótica registradas en nuestro medio. El manejo del paciente con *H. pylori* por médicos gastroenterólogos es importante pero, debido a la falta de un consenso nacional sobre diagnóstico y tratamiento de la infección, este puede ser problemático. Esperamos que los resultados de este estudio nos proporcionen información útil para la redacción de una guía de práctica clínica nacional que facilite el manejo de la infección por dicha bacteria.

Procedimientos: si usted decide participar del estudio, deberá responder la encuesta que recibió junto con esta hoja informativa por correo electrónico. Si no desea participar del mismo, por favor ignore la encuesta que recibió junto con esta hoja informativa. La encuesta consta de 23 preguntas (18 de opción múltiple y 5 abiertas) sobre los métodos diagnósticos, esquemas terapéuticos y medios de seguimiento que usted utiliza en el paciente con sospecha o confirmación de infección por *H pylori*. La encuesta es totalmente anónima; los datos pasan inmediatamente a una base de datos de *Google Encuestas*. Se cuenta con el permiso de la Sociedad de Gastroenterología del Perú para la realización de este proyecto. La realización de la encuesta le tomará alrededor de 7 minutos.

Beneficios: usted no recibirá ningún beneficio por la realización de esta encuesta. Sin embargo, su participación servirá para conocer cómo los médicos gastroenterólogos manejan las infecciones por *H pylori* y esperamos que, eventualmente, estos resultados sirvan para la redacción de guía de práctica clínica nacional. Al finalizar el estudio, usted recibirá por medio de la Sociedad de Gastroenterología del Perú el manuscrito final de la investigación que será publicado en una revista científica.

Riesgos e incomodidades: no existen riesgos por participar en el estudio. Ya que los resultados serán manejados en absoluta confidencialidad (ver acápite "Confidencialidad"), nadie podrá relacionar sus respuestas a su dirección de correo electrónico ni podrá determinar si usted decidió participar o no del estudio.

Costos e incentivos: usted no deberá realizar ningún pago para participar del estudio, ni recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole por participar en el mismo.

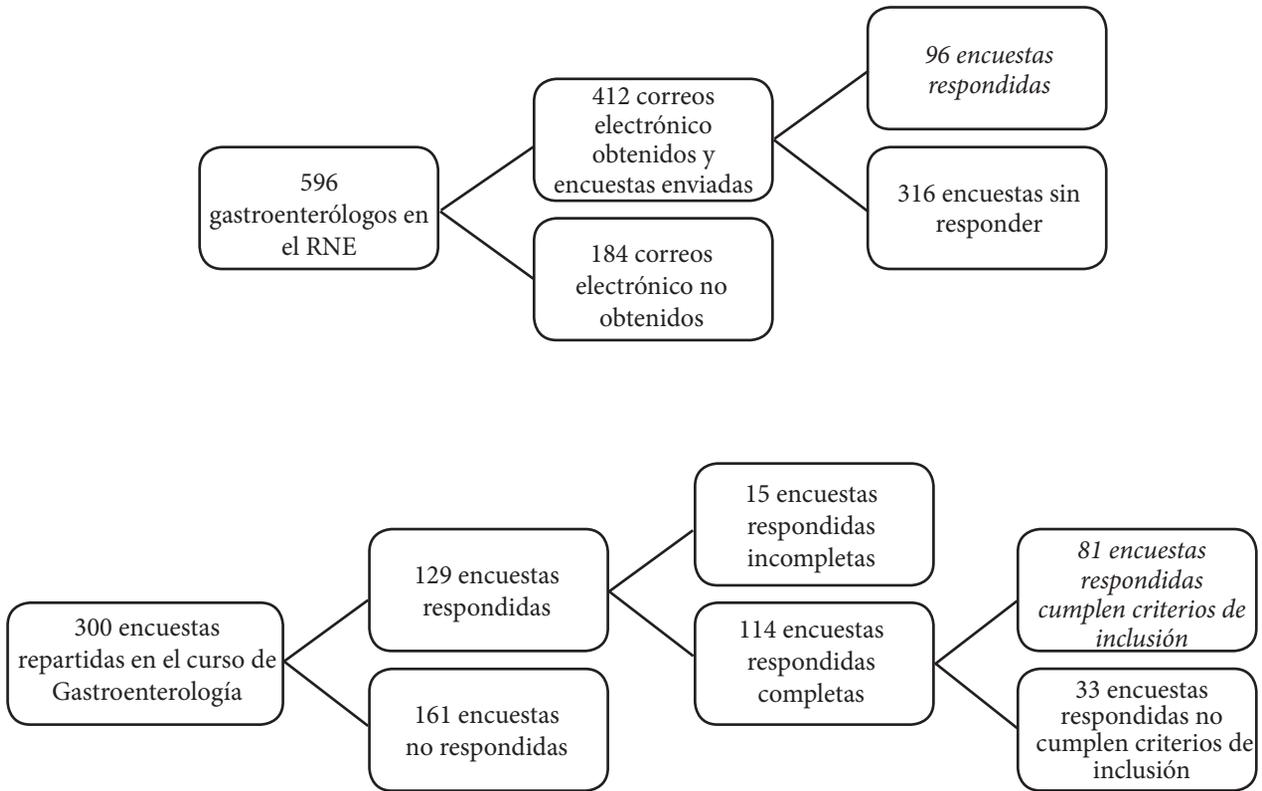
Confidencialidad: la encuesta es de resolución anónima y el programa informático *Google Encuestas*, con el cual se realiza esta investigación, impide que los investigadores principales identifiquen desde qué dirección de correo electrónico se envió la encuesta. De la misma manera, impide que los investigadores sepan si usted decidió participar o no del estudio. Si decide participar, su nombre no será revelado en ninguna publicación ni presentación de resultados. La discusión de los resultados se hará de manera general, no se tomará ninguna resolución individual de encuesta para la misma.

Contacto: usted puede hacer todas las preguntas que desee antes de decidir si desea participar, nosotros las responderemos gustosamente. La participación en este estudio es voluntaria, y si decide no participar, no tendrá sanción alguna por parte de la Sociedad de Gastroenterología del Perú ni de la institución a la cual están afiliados los investigadores. De tener alguna duda sobre la resolución de la encuesta o sobre la investigación en general, puede escribir a los correos electrónicos proporcionados antes en este documento, o puede llamar al número 996633123 (A. Escala) o 996135360 (A. Jimenez). Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente, puede contactar al Dr. Fredy Canchihumán, presidente del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia llamando al teléfono 01-319000 anexo 2271, o enviando un correo electrónico a duict.cieh@oficinas-upch.pe

Cordialmente,
Dr. Alejandro Bussalleu Rivera
Andrea Escala Pérez-Reyes
Andrea Jiménez Carranza

Anexo 3

Flujograma mostrando el proceso de recolección de encuestas



Total: 177 encuestas respondidas que entraron en el estudio.