



COMPLEJO HOSPITALARIO VIEDMA  
INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA BOLIVIANO-JAPONES  
DEPARTAMENTO DE POSGRADO  
UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON  
COCHABAMBA BOLIVIA



# **ESTUDIO COMPARATIVO DE TRES ESQUEMAS DE TRATAMIENTOS EN LA ERRADICACIÓN DE HELICOBACTER PYLORI (Trabajo de Grado-RIII)**

**AUTOR: Dr. Grover Vargas Bazoalto**

**TUTOR: Dr. Edmundo Lazo H.  
Dr. Jorge Méndez P.**

**FECHA: Marzo de 2008**

**ESTUDIO COMPARATIVO DE TRES ESQUEMAS DE TRATAMIENTOS EN LA  
ERRADICACIÓN DE HELICOBACTER PYLORI**

**INDICE**

<b><u>RESUMEN</u></b>	<b><u>3</u></b>
<b><u>I. INTRODUCCIÓN</u></b>	<b><u>5</u></b>
<b><u>II. ANTECEDENTES</u></b>	<b><u>7</u></b>
<b><u>IIA. MARCO TEORICO</u></b>	<b><u>7</u></b>
<b><u>IIB.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u></b>	<b><u>16</u></b>
<b><u>IIC.- JUSTIFICACION</u></b>	<b><u>16</u></b>
<b><u>III. OBJETIVO</u></b>	<b><u>17</u></b>
<b><u>IIIA. OBJETIVO GENERAL</u></b>	<b><u>17</u></b>
<b><u>IIIB. OBJETIVOS ESPECIFICOS</u></b>	<b><u>17</u></b>
<b><u>IV. HIPOTESIS</u></b>	<b><u>18</u></b>
<b><u>V. DISEÑO METODOLOGICO</u></b>	<b><u>18</u></b>
<b><u>VI.- POBLACION DE ESTUDIO</u></b>	<b><u>18</u></b>
<b><u>VIA. LUGAR Y PERIODO</u></b>	<b><u>18</u></b>
<b><u>VIB. CRITERIOS DE INCLUSION</u></b>	<b><u>18</u></b>
<b><u>VIC. CRITERIOS DE EXCLUSION</u></b>	<b><u>19</u></b>
<b><u>VID. TAMAÑO DE LA MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO</u></b>	<b><u>19</u></b>
<b><u>VIE. VARIABLES</u></b>	<b><u>20</u></b>
<b><u>VII. METODO DE RECOLECCION DE DATOS</u></b>	<b><u>20</u></b>
<b><u>VIII. CONSIDERACIONES ETICAS</u></b>	<b><u>20</u></b>
<b><u>IX. RESULTADOS</u></b>	<b><u>20</u></b>
<b><u>X. DISCUSION</u></b>	<b><u>21</u></b>
<b><u>XI. CONCLUSIONES</u></b>	<b><u>22</u></b>
<b><u>XII. RECOMENDACIONES</u></b>	<b><u>23</u></b>
<b><u>XIII. ANEXOS.</u></b>	<b><u>24</u></b>
<b><u>XIV REFERNCIA BIBLIOGRAFICA</u></b>	<b><u>35</u></b>

## **ESTUDIO COMPARATIVO DE TRES ESQUEMAS DE TRATAMIENTOS EN LA ERRADICACIÓN DE HELICOBACTER PYLORI**

### **RESUMEN:**

El *Helicobacter pylori* (Hp) constituye una de las infecciones bacterianas del tracto gastrointestinal con mayor prevalencia a nivel mundial. La infección por *Helicobacter pylori* constituye la causa fundamental de gastritis crónica, úlcera gastroduodenal y cáncer gástrico. El tratamiento ideal debe ser efectivo, fácil, libre de efectos colaterales, simples y baratos. El esquema más difundido a nivel mundial es la combinación Omeprazol, amoxicilina, claritromicina por 7 días, pero existen algunas dificultades en la adhesión del paciente a esta terapéutica por lo que se han ensayado terapéuticas más cortas (omeprazol, azitromicina, tinidazol) o las terapias donde se disminuye el número de tomas (omeprazol, levofloxacina, amoxicilina) teniendo respuesta variable.

El objetivo de este estudio es: Identificar y comparar la eficacia de tres esquemas de erradicación del *Helicobacter Pylori*: Amoxicilina + claritromicina+omeprazol; Azitromicina + tinidazol+omeprazol; Amoxicilina + levofloxacina+omeprazol.

**MATERIAL Y METODOS.-** Pacientes atendidos en la consulta externa de enero del 2007 a febrero del 2008 con patología relacionada al HP que cumpla los criterios de inclusión, se le asignó en forma aleatoria un esquema terapéutico, a los 8 días control clínico y posterior a los 35 días control endoscópico más toma de biopsias.

**RESULTADOS.-** 65 pacientes concluyeron el estudio; 37 (57%) pertenecieron al sexo femenino y 28 (43%) al masculino. La eficacia de erradicación fue: 61%: OCA, 60%: OLA; 43%: AzT.

No hubo abandono de tratamiento en ninguno de los esquemas, siendo que no refirieron ninguna molestia: 50% (18) OCA, 57% (8) OAzT y el 40% (6) OLA. Dentro los efectos colaterales identificados: diarrea: OCA 11% (4), OLA:40%(6), OAzT 29%(4). Náuseas OCA: 28% (10), OLA 20% (3), OAzT 14% (2). Dolor

abdominal: OCA 22% (8), OLA 20% (3), OAzT 0% (0). Cefalea OCA 11%(4), estreñimiento OCA 11% (4), mareos OCA 17% (6).

La mejoría clínica tras la erradicación fue del 81% (30), no mejoro el 19% (7) de los cuales el 71% (5) presentaron en la endoscopia de control gastritis erosiva de antro y el 29% (2) reflujo biliar duodeno gástrico.

La mejoría de la lesión endoscópica ras la erradicación se evidencio en el 100% en: Ulcera duodenal, ulcera gástrica, duodenitis erosiva, duodenitis nodular, gastritis verrucosa, gastritis petequial. La gastritis enantematosa mejoro en el 20% (2), la gastritis erosiva de antro en el 73% (8), la gastritis nodular de antro en el 56%(5).

A nivel histológico tras la erradicación hubo mejoría en el 76% (28), 24% (9) persistió con las mismas características histológicas reportadas al inicio.

La linfoperplasia se presento en 10 pacientes de los cuales tras la erradicación 6 (60%) remitió y en 4 (40%) persistió tras la erradicación.

La atrofia gástrica se evidencio en 4 pacientes en 2 (50%) de los cuales tras la erradicación de Helicobacter Pylori fue informado como mucosa normal y en 2 (50%) persistió.

**CONCLUSION.-** Los tres esquemas terapéuticos presentan tasas de erradicación bajas, son bien tolerados; la erradicación del HP induce la remisión de los síntomas, de las lesiones endoscópicas y la mejoría histológica en un alto porcentaje. La linfoperplasia y la atrofia revierten en un buen porcentaje (60-50) tras la erradicación del HP.