

# Enfermedad ácido-péptica

Dos preguntas mandan: ¿hay banderas rojas que obliguen a endoscopia? y ¿hay H. pylori que erradicar? Lo demás es IBP y quitar la causa.

Dr. David Rojas · Médico Internista Certificado ·  
@davidrojas\_medicinainterna

Basado en: ACG Clinical Guideline: GERD (Am J Gastroenterol 2022); guía ACG 2024 de Helicobacter pylori (ACG Clinical Guideline: Treatment of H. pylori, Am J Gastroenterol 2024); consenso de Maastricht/úlceras pépticas.

- 01 ERGE: definición y banderas rojas   02 ERGE: diagnóstico   03 ERGE: tratamiento   04 Abordaje del síntoma dispéptico  
05 Úlcera: fisiopatología y tipos   06 H. pylori: a quién buscar   07 Esquemas de erradicación   08 Confirmar la cura y AINE  
09 Profilaxis de úlcera de estrés   10 Complicaciones   11 H. pylori: ACG 2024   12 Lo que sí funciona   13 Para llevar a la guardia

## 01 ERGE: definición y banderas rojas

### CAJA DE DECISIÓN

ERGE = síntomas o lesiones por reflujo del contenido gástrico. Típicos: **pirosis y regurgitación**. Con cuadro típico y **sin alarma**, el diagnóstico es clínico y se trata empíricamente. Pero ante **BANDERAS ROJAS** → **endoscopia**: disfagia, odinofagia, **pérdida de peso**, anemia/sangrado, vómito persistente, masa, o **síntomas nuevos en ≥ 60 años**.

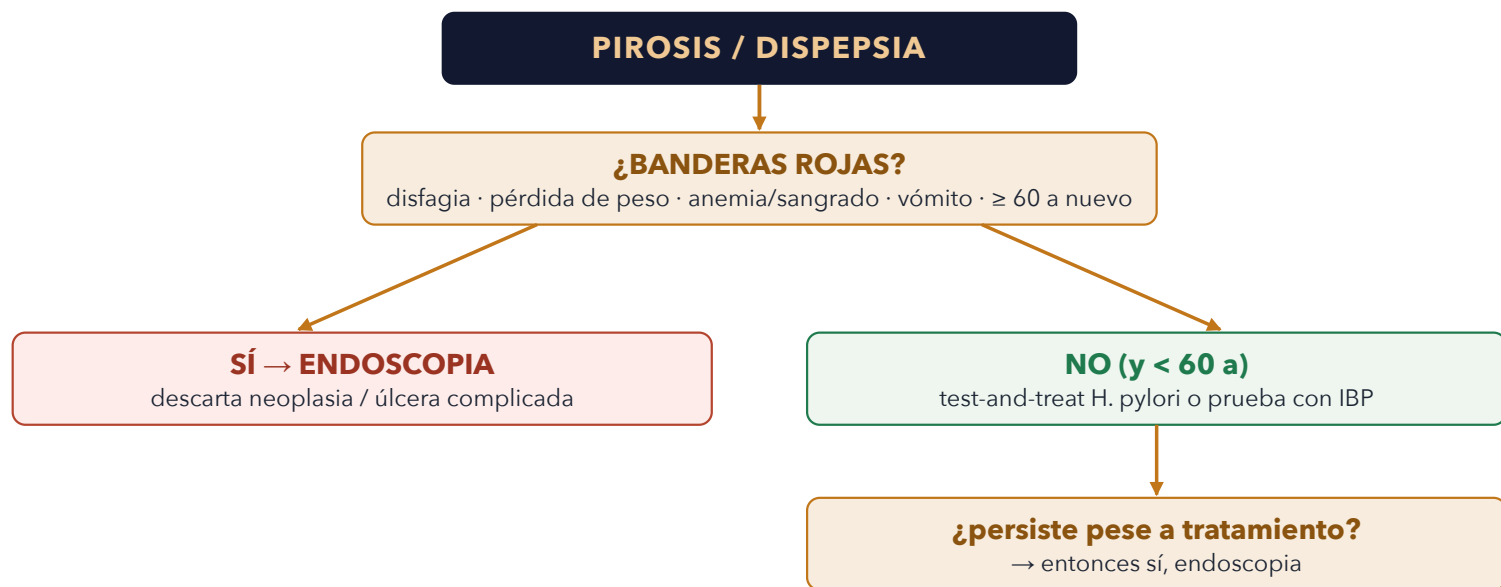
Síntomas atípicos (tos crónica, laringitis, dolor torácico no cardíaco, asma) pueden ser por reflujo, pero primero **descarta lo que mata** (sobre todo causa cardíaca del dolor torácico).

## 02 ERGE: diagnóstico

- Cuadro típico sin alarma → **prueba terapéutica con IBP** (no requiere estudio inicial).
- Endoscopia** si hay banderas rojas, falta de respuesta o para buscar complicaciones (esofagitis, Barrett, estenosis).
- pH-metría/impedancia de 24 h** (idealmente sin IBP) para confirmar reflujo en casos refractarios o antes de cirugía antirreflujo; la **manometría** descarta trastornos motores.

## 03 ERGE: tratamiento

- Estilo de vida**: bajar de peso (lo de mayor evidencia), elevar la cabecera, no acostarse 2-3 h tras comer, evitar disparadores; suspender tabaco/alcohol.
- IBP** 1 vez al día **30-60 min antes del desayuno**, 8 semanas: omeprazol 20-40 mg, pantoprazol 40 mg, esomeprazol 40 mg, lansoprazol 30 mg, rabeprazol 20 mg. Luego baja a la **dosis mínima eficaz** o **a demanda**.
- Refractario verdadero (confirmado) → optimiza adherencia/horario, considera doble dosis, y valora **cirugía antirreflujo** o procedimientos endoscópicos.



La edad y las banderas rojas deciden quién va a endoscopia de entrada; el resto, test-and-treat o IBP.

Abordaje del síntoma dispéptico recreado por Sala-7 (ACG GERD 2022 + manejo de H. pylori).

## 05 Úlcera péptica: fisiopatología, causas y presentación

La úlcera nace del **desequilibrio entre la agresión** (ácido, pepsina, H. pylori, AINE) **y la defensa** de la mucosa (moco, bicarbonato, prostaglandinas, flujo sanguíneo). Por eso los AINE –que inhiben las prostaglandinas– ulceran, y el misoprostol (análogo de PG) o el IBP protegen. Las dos causas dominantes son **H. pylori** y los **AINE/aspirina**; causa rara: gastrinoma (Zollinger-Ellison) en úlceras múltiples, refractarias o distales.

Rasgo	Úlcera duodenal	Úlcera gástrica
Dolor y comida	Mejora al comer; despierta de noche	Empeora al comer; el paciente come menos
Malignidad	Casi nunca	Posible → <b>biopsia y control de cicatrización SIEMPRE</b>

La **endoscopia** confirma la úlcera, toma biopsia y busca H. pylori.

## 06 H. pylori: a quién buscar y cómo

- **Busca y trata** en: úlcera péptica (activa o pasada), **dispepsia no investigada < 60 años sin alarma** (test-and-treat), linfoma MALT gástrico, post-resección de cáncer gástrico temprano y uso prolongado de AINE/AAS con riesgo.
- Pruebas no invasivas: **antígeno en heces** o **prueba de aliento con urea**. **Suspende IBP 1-2 semanas** (y antibióticos/bismuto 4 semanas) antes para no dar falsos negativos. En endoscopia: biopsia para ureasa/histología.

## 07 Esquemas de erradicación (14 días)

Esquema	Fármacos y dosis
Cuádruple con bismuto (preferido de 1.ª línea)	<b>IBP c/12 h + bismuto</b> (subsalicilato/subcitrato) 4 veces/día + <b>tetraciclina 500 mg c/6 h + metronidazol 250-500 mg c/6-8 h</b> . El de elección donde hay resistencia a claritromicina.
Concomitante	<b>IBP c/12 h + amoxicilina 1 g c/12 h + claritromicina 500 mg c/12 h + metronidazol 500 mg c/12 h</b> .
Triple con claritromicina	<b>IBP c/12 h + amoxicilina 1 g c/12 h + claritromicina 500 mg c/12 h</b> . Solo donde la resistencia a claritromicina sea < 15% y sin exposición previa a macrólidos.

### TRAMPA FRECUENTE

Usar la **triple con claritromicina** por inercia: con la resistencia actual falla seguido. En México/LatAm, arranca con **cuádruple con bismuto**.

## 08 Confirmar la cura y manejo del AINE

- **Confirma la erradicación SIEMPRE:** antígeno en heces o prueba de aliento  $\geq 4$  semanas después de terminar (e IBP suspendido 1-2 semanas antes).
- **Úlcera por AINE:** suspende el AINE; si es indispensable, usa el de menor riesgo + **IBP** de protección (o un COX-2 selectivo) y trata *H. pylori* si está presente.
- Continúa **IBP** hasta cicatrizar (4-8 semanas) y reinicia AAS pronto si hay indicación cardiovascular, bajo IBP.

## 09 Profilaxis de úlcera de estrés

### CAJA DE DECISIÓN

NO es para todo hospitalizado: indícala en el **paciente crítico con factor de riesgo** – sobre todo **ventilación mecánica > 48 h** o **coagulopatía** (también choque/sepsis grave, lesión neurológica o quemadura extensa, antecedente de HDA). Usa **IBP o antagonista H<sub>2</sub>**. **Retírala al resolver el riesgo:** prolongarla fuera de la UCI aumenta neumonía e infección por *C. difficile* sin beneficio.

## 10 Complicaciones

- **Hemorragia** (la más frecuente) → ver «Hemorragia digestiva alta».
- **Perforación** (abdomen agudo, aire libre) y **obstrucción** de la salida gástrica.
- De la ERGE crónica: **esofagitis**, **estenosis** péptica y **esófago de Barrett** (metaplasia → vigilancia por riesgo de adenocarcinoma).
- *H. pylori* se asocia a **adenocarcinoma** y **linfoma MALT** gástricos: erradicarlo reduce el riesgo.

## 11 *H. pylori*: novedades de la guía ACG 2024

### LO QUE CAMBIA

En tratamiento **sin antibiótico previo** y con **susceptibilidad desconocida**, la 1.ª línea preferida es la **cuádruple con bismuto «optimizada» 14 días:** IBP + bismuto + **tetraciclina** (no doxiciclina) + **metronidazol 1,500-2,000 mg/día** en dosis divididas. Si su tasa local de erradicación es > 85%, no hace falta probar susceptibilidad antes.

- Alternativas empíricas de 1.ª línea (14 días) **en pacientes sin alergia a penicilina:** **rifabutina triple** (IBP + amoxicilina + rifabutina) o **dual con PCAB** (vonoprazán + amoxicilina). Su ventaja: no llevan claritromicina, así que la resistencia al macrólido deja de pesar.
- Si **obligadamente** usas claritromicina con susceptibilidad desconocida (y sin macrólido previo ni alergia a penicilina), prefiere la **triple con PCAB-claritromicina** sobre la de IBP-claritromicina; ya no se sugiere la **concomitante** por encima de la cuádruple con bismuto.
- **Confirma SIEMPRE la erradicación** (prueba de aliento con urea, antígeno fecal o biopsia)  $\geq 4$  semanas después de terminar: suspende **IBP 2 semanas** y **bismuto/antibióticos 4 semanas** antes. **No uses serología** como prueba de cura: el anticuerpo persiste meses-años.
- **Alergia verdadera a penicilina:** de los esquemas de rescate, solo la **cuádruple con bismuto optimizada** sirve. Como < 1% tiene alergia tipo I real, refiere a alergología para confirmarla y valorar **desensibilización**.

### LO QUE SÍ FUNCIONA – CHECKLIST ÁCIDO-PÉPTICO

- ✓ Cuadro típico sin alarma → **IBP empírico**; con **banderas rojas** o  $\geq 60$  nuevo → **endoscopia**.
- ✓ IBP **30-60 min antes del desayuno**; luego dosis mínima o a demanda.
- ✓ Úlcera → busca ***H. pylori* y AINE**; toda úlcera gástrica se **biopsia** y se controla.
- ✓ Erradicación de 1.ª línea: **cuádruple con bismuto 14 días** (no triple con claritromicina por inercia).
- ✓ **Confirma la cura** con antígeno/aliento  $\geq 4$  semanas después (IBP suspendido antes).
- ✓ Úlcera por AINE: suspende AINE + IBP; protege si el AINE es indispensable.

### PARA LLEVAR A LA GUARDIA

- **Banderas rojas** o  $\geq 60$  a con síntomas nuevos → endoscopia; si no, empírico.
- IBP antes del desayuno; baja a la **dosis mínima eficaz**.
- Toda úlcera: ***H. pylori* + AINE**; gástrica siempre biopsia y control.
- 1.ª línea de *H. pylori* = **cuádruple con bismuto 14 días; confirma la erradicación**.