

 <b>Gastricare IPS</b> <small>LASERCOLONIA SANTANDER</small> <small>NTEL: 800 945 726 - 9</small>	MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA	CÓDIGO AA-I-11
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	VERSIÓN 02
	DOCUMENTO	PREPARACIÓN PROCEDIMIENTO PRUEBA DE ALIENTO HELICOBACTER PILORY	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL  F. APROBACIÓN: 02/01/2026

## PREPARACIÓN PRUEBA DE ALIENTO PARA HELICOBACTER PILORY

**Tener en cuenta para realizarse la prueba:**

- El test de aliento se debe realizar después 1 mes sin terapia antibacteriana sistémica (aminoglucósidos, ansamicinas, carbacefem, carbapenem, cefalosporinas, glicopéptidos, macrólidos, monobactámicos, penicilinas, polipéptidos, quinilonas, sulfonamidas tretraciclínas y otros antibióticos) y 14 días después de la última dosis de agentes antisecretores ácidos como inhibidores de la bomba de protones, Omeprazol, Lansoprazol, Pantoprazol, Rabeprazol, Esomeprazol, Dexlansoprazol, sales de bismuto, hidróxido de aluminio o magnesio y sucralfato, ya que pueden interferir con el status de la *H. pylori*. Muy importante después de una terapia de erradicación de *H. pylori*.
- Las pruebas de aliento no se deben realizar en pacientes que hayan tenido una terapia de antibióticos, lavado intestinal o enteroscopia, a menos que hayan pasado 4 semanas después de estos tratamientos o exámenes.
- El paciente tiene que estar en **AYUNAS** por lo menos 04 horas antes de la realización de la prueba.
- Durante la realización del test de aliento, el sujeto no puede comer nada en absoluto, ni masticar chicle porque, usualmente, los chicles contienen sorbitol, el cual puede ser fermentado para formar CO<sub>2</sub>, H<sub>2</sub> y CH<sub>4</sub> en el intestino.
- Los individuos que quieran hacerse la prueba tienen que abstenerse de fumar y de realizar cualquier esfuerzo físico, al menos 30 minutos antes de la ingestión del sustrato y durante el tiempo que dure la prueba.

*Recuerde ¡El éxito de su examen depende de su excelente preparación !*

Cualquier inquietud puede comunicarse para:

- EPS Sanitas: Al PBX (601), 7433704 o al correo: confirmaciones@gastricareips.com
- EPS Famisanar: Al móvil: 3155114536, o al correo: confirmaciones@gastricareips.com
- Particular: Al móvil 318 4887955 o al correo gastricare.confirmacionespa@gmail.com

Dirección: Calle 83 No. 16A – 44 Consultorio 605 – Edificio Cima. Bogotá D.C.

 <b>Gastricare IPS</b> <small>GASTROENDOSCOPIA BUCAL</small> <small>NIT: 900 945 726 - 9</small>	MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA	CÓDIGO: AA-F-25
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	VERSIÓN: 02
	DOCUMENTO	CONSENTIMIENTO INFORMADO	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL
		PRUEBA DE ALIENTO PARA HELICOBACTER PYLORI	F. APROBACIÓN: 23/02/2023

#### Datos Paciente:

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, identificado con documento de identidad CC, CE, TI, RC, OTRO, Numero: \_\_\_\_\_, nacido(a) el día \_\_\_\_\_, del mes \_\_\_\_\_, del año \_\_\_\_\_, asisto como paciente.

#### Datos Acompañante y/o Tutor responsable:

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, identificado con documento de identidad CC, CE, TI, RC, OTRO, Numero: \_\_\_\_\_, Autorizo al especialista, para la realización del procedimiento: **PRUEBA DE ALIENTO HELICOBACTER PYLORI**

#### ¿DE QUÉ SE TRATA LA PRUEBA DE ALIENTO PARA HELICOBACTER PYLORI?

El test de aliento es un test muy sencillo y consiste en tomar dos muestras de aliento soplando dentro de una pequeña bolsa. La primera muestra se toma en situación basal y la segunda a los 20 minutos de la anterior, tras haber dado al paciente una pastilla de sustrato: Urea marcada con C13.

Ambas muestras de aire se analizan en una máquina que es capaz de contar las moléculas de C13 mediante un espectofotómetro de colorimetría. Si el incremento de C13 entre la muestra basal y la tomada a los 20 minutos es igual o superior a 2,5 por mil se considera un test positivo y por tanto es diagnóstico de infección por Helicobacter Pylori.

#### ¿QUÉ PREPARACIÓN NECESITO PARA LA PRUEBA?

Se debe de realizar en ayunas de al menos 8 horas y no se permite tampoco masticar chicles ni caramelos ni fumar en las horas previas al estudio.

Es muy importante no haber recibido antibióticos (orales o inyectados) ni IBPS (Omeprazol, Lansoprazol, Pantoprazol, Rabeprazol o Esomeprazol) al menos 2 semanas antes. Pero si lo que se quiere es comprobar si ha sido correcta la erradicación se debe de esperar al menos 4 semanas de acabado el tratamiento.

El resto de medicación que se tome no hace falta suspenderla, incluidos algunos medicamentos para el estómago como antiácidos (Almax, Gaviscón, etc), antiH2 (Ranitidina o Famotidina), procinéticos (Levosulpiride, Domperidona) etc. ya que no interfiere con la prueba.

#### ¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS, RIESGOS Y CONSECUENCIAS DE LA PRUEBA?

La fiabilidad de esta prueba para identificar Helicobacter Pylori es de aproximadamente un 97-98%, siendo muy superior a cualquier otro método, incluida la biopsia gástrica, y es el método también más fiable para comprobar tras el tratamiento que se ha eliminado la infección. El diagnóstico es inmediato ya que los resultados se pueden leer en la máquina a los 2 minutos de poner en lectura las bolsas que contienen el aire espirado.

La prueba de aliento es sumamente segura y no causa molestia, ni dolor, ni ninguna complicación. Es un examen no invasivo, fácil de realizar y sin efectos secundarios. No existen contraindicaciones para su realización ni tampoco se han descrito efectos secundarios relevantes por la toma de la pastilla con Urea-C13.

 <b>Gastricare IPS</b> <small>GASTROCLINICO BOGOTÁ NIT: 900 945 726 - 9</small>	MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA	CÓDIGO: AA-F-25
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	VERSIÓN: 02
	DOCUMENTO	CONSENTIMIENTO INFORMADO	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL
		PRUEBA DE ALIENTO PARA HELICOBACTER PYLORI	F. APROBACIÓN: 23/02/2023

## AUTORIZACIÓN INFORMADA

Al firmar este documento reconozco que los he leído y/o me ha sido leído y que he comprendido de forma clara su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

Así mismo, autorizó de manera explícita e informada y voluntaria a GASTRICARE SAS, para que realice la recolección y el tratamiento mis datos personales o del paciente del cual actúo como persona responsable o acudiente, los cuales suministró de forma veraz y completa, con la finalidad de ser utilizados en el proceso administrativo y médico de prestación del servicio de salud.

Este consentimiento lo extiendo para que durante este procedimiento me sean practicados las actividades necesarias para enfrentar situaciones imprevisibles o complicaciones de mi salud derivados del procedimiento inicialmente propuesto. Entiendo que el personal tratante actuará con el profesionalismo, prudencia, diligencia y responsabilidad. Así mismo acepto que los tratamientos planteados sean ejecutados por el especialista que se requiera, acorde a la necesidad clínica.

Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación en la Ciudad de Bogotá D.C.

El día  del mes  del año .

Firma del Paciente o Representante Legal.

Firma del Médico/Profesional de la salud

Nombre del Paciente o Representante Legal.

Nombre del Médico/Profesional (completo).

Documento del Paciente o Representante Legal.

Documento del Médico/Profesional