E-ISSN: 1029 3043 | RNPS 1820

Medicentro ELECTRÓNICA

Revista Científica Villa Clara

Medicent Electrón. 2026;30:e4733

ISSN 1029-3043

Artículo Original

Algoritmo de tratamiento integral interdisciplinario para pacientes con periodontitis y enfermedad gástrica por *Helicobacter pylori*

A comprehensive and interdisciplinary treatment algorithm for patients with periodontitis and gastric disease caused by *Helicobacter pylori*

Beatriz María Crespo Echevarría[1*] https://orcid.org/0000-0003-3297-7919

Bárbara Francisca Toledo Pimentel[1] https://orcid.org/0000-0002-0359-4938

Yusimí Guerra Véliz[2] http://orcid.org/0000-0002-1711-5686

Rafael Llanes Caballero[3] https://orcid.org/0000-0001-7882-1296

Yangelys Rodríguez Acuña[3] https://orcid.org/0009-0002-2313-977X

Oderay Gutiérrez González[3] https://orcid.org/0000-0001-9957-0641

Jorge Otero Martínez[1] https://orcid.org/0000-0002-6250-3354

Dunieski Villariño Domínguez[1] https://orcid.org/0000-0002-2383-2665

[1]Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Cuba.

[2]Universidad Central «Marta Abreu» de Las Villas, Santa Clara. Cuba.

[3]Instituto de Medicina Tropical «Pedro Kourí», La Habana. Cuba.

[*]Autor para la correspondencia: Correo electrónico: beatrizce1205@gmail.com

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

RESUMEN

Introducción: La detección de *Helicobacter pylori* en la cavidad bucal y su posible relación con la reinfección sustentan la necesidad de integrar la atención periodontal, gastroenterológica y microbiológica.

Objetivo: Describir el desarrollo de un algoritmo de tratamiento integral interdisciplinario para pacientes con periodontitis y enfermedad gástrica por *Helicobacter pylori.*

Métodos: Se realizó una investigación de desarrollo, con enfoque mixto, multietápico, secuencial e integrador, entre 2020 y 2025. Se estudió una cohorte prospectiva de 39 pacientes y se efectuaron revisión documental, observación, entrevistas, grupo focal, grupo nominal, valoración por especialistas y revisión sistemática para diseñar el algoritmo. La validación de contenido contó con 15 expertos y la valoración de aceptación con 15 usuarios profesionales potenciales.

Resultados: La reinfección gástrica ocurrió en el 76,5 % de los pacientes con detección bucal inicial de *Helicobacter pylori* y en el 36,4 % de aquellos sin detección (p = 0,013; riesgo relativo = 2,103). Se diseñó un algoritmo de cinco fases. La validación mostró un índice de validez de contenido global de 0,89 y un coeficiente W de Kendall de 0,78 (p < 0,01). La valoración por usuarios profesionales potenciales obtuvo un índice de satisfacción grupal de 0,67.

Conclusiones: El algoritmo integró las especialidades de Periodontología, Gastroenterología y Microbiología en una ruta clínica estructurada para superar la fragmentación asistencial mediante un abordaje integral e interdisciplinario. Su efectividad clínica requiere evaluación posterior.

DeCS: periodontitis; *Helicobacter pylori*; algoritmos; atención integral de salud; comunicación interdisciplinaria.

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

ABSTRACT

Introduction: the detection of *Helicobacter pylori* in the oral cavity and its potential link to reinfection underscore the need to integrate periodontal, gastroenterological and microbiological care.

Objective: to describe the development of a comprehensive and interdisciplinary treatment algorithm for patients with periodontitis and *Helicobacter pylori*-related gastric disease.

Methods: a developmental research study employing a mixed-methods, multi-stage, sequential and integrative approach was conducted between 2020 and 2025. A prospective cohort of 39 patients was studied. The algorithm was designed using a combination of document review, observation, interviews, focus groups, nominal group technique, expert assessment and a systematic review. Content validation involved 15 experts while an assessment of acceptability was conducted with 15 potential professional users.

Results: gastric reinfection occurred in 76.5% of patients who initially tested positive for *Helicobacter pylori* in the oral cavity, compared to 36.4% of those who tested negative ($p = 0.013$; relative risk = 2.103). A five-phase algorithm was developed. Validation yielded a global content validity index of 0.89 and a Kendall s W coefficient of 0.78 ($p < 0.01$). The assessment by potential professional users resulted in a group satisfaction index of 0.67.

Conclusions: the algorithm integrates the fields of Periodontology, Gastroenterology and Microbiology into a structured clinical pathway, overcoming fragmented care through a comprehensive and interdisciplinary approach. Its clinical effectiveness requires further evaluation.

MeSH: periodontitis; *Helicobacter pylori*; algorithms; comprehensive health care; interdisciplinary communication.

Recibido: 15/10/2026

Aprobado: 23/10/2026

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

INTRODUCCIÓN

La infección por *Helicobacter pylori* constituye un problema persistente por su elevada frecuencia, las dificultades asociadas al tratamiento y la posibilidad de recurrencia después de la erradicación. Aunque el estómago constituye su principal nicho, se ha documentado la detección del microorganismo en la cavidad bucal, particularmente en la placa dental y el biofilm periodontal, lo que sustenta su consideración como posible reservorio extragástrico.[1,2,3]

La evidencia reciente muestra asociación entre la infección por esta bacteria y la periodontitis, así como una mayor detección bucal del microorganismo en pacientes con alteraciones periodontales.[4,5,6] Sin embargo, la heterogeneidad de los diseños, métodos diagnósticos y poblaciones estudiadas limita la interpretación causal de esta relación. La detección bucal de material genético bacteriano no demuestra por sí misma viabilidad, colonización estable ni identidad entre las cepas bucales y gástricas.

El tratamiento periodontal, mediante el control del biofilm y de los factores locales de retención, puede complementar la terapia de erradicación gástrica; no obstante, la evidencia disponible no permite afirmar que esta intervención prevenga por sí sola la reinfección.[7,8,9] Esta problemática exige articular las actuaciones de las especialidades Periodontología, Gastroenterología y Microbiología. La colaboración interprofesional y las rutas clínicas estructuradas favorecen la definición de responsabilidades, la secuencia de decisiones y la continuidad asistencial.[10,11] A ello responde el objetivo de este estudio: describir el desarrollo de un algoritmo de tratamiento integral interdisciplinario para pacientes con periodontitis y enfermedad gástrica por *Helicobacter pylori*.

E-ISSN: 1029 3043 | RNPS 1820

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

MÉTODOS

Se realizó una investigación de desarrollo, con enfoque mixto, multietápico, secuencial e integrador, entre enero de 2020 y diciembre de 2025. Los escenarios implicados fueron la Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, el Hospital Universitario «Celestino Hernández Robau» y el Laboratorio Nacional de Referencia de Neisserias y Helicobacter del Instituto de Medicina Tropical «Pedro Kourí». El estudio se organizó en tres etapas interdependientes: obtención de evidencia empírica, diseño del algoritmo y validación de contenido, complementada esta última con la valoración de usuarios profesionales potenciales.

Primera etapa (Evidencia empírica):

Se realizó un estudio observacional, analítico y longitudinal de cohorte prospectiva con 39 pacientes de 35-60 años, con periodontitis, tratados por infección gástrica por *H. pylori* y con erradicación confirmada. Se estudió la totalidad de los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión durante el periodo de estudio (n = 39), por lo que la muestra coincidió con la población accesible. Se incluyeron pacientes residentes en zonas urbanas con abastecimiento de agua de acueducto y alcantarillado sanitario, sin tabaquismo, enfermedades inmunológicas, enfermedades crónicas descompensadas ni antecedentes oncológicos. La interrupción del seguimiento o de alguno de los tratamientos constituyó criterio de salida.

La detección bucal de material genético de *H. pylori* se realizó mediante PCR en tiempo real en biofilm y cálculo subgingival. La reinfección gástrica a los seis meses se determinó mediante prueba de antígeno fecal. La variable de exposición principal fue la detección bucal inicial de *H. pylori*, y el desenlace, la reinfección gástrica a los seis meses.

E-ISSN: 1029 3043 | RNPS 1820

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

La comparabilidad inicial de los grupos con y sin detección bucal de *H. pylori* se examinó según edad, sexo, estadio, grado y extensión de la periodontitis e higiene bucal, mediante la prueba chi-cuadrado de Pearson o la prueba exacta de Fisher, según correspondiera. La asociación se evaluó mediante chi-cuadrado de Pearson, riesgo relativo e intervalo de confianza del 95 %, con nivel de significación de $p < 0,05$. Los resultados obtenidos constituyeron evidencia empírica para determinar los problemas que debía abordar el algoritmo.

Segunda etapa (Diseño del algoritmo):

Se desarrolló entre enero de 2024 y agosto de 2025. Inicialmente se realizó observación no participante en consultas de Periodontología y Gastroenterología y revisión dirigida de programas, protocolos, guías e historias clínicas, orientadas a identificar formas de coordinación, vacíos asistenciales y grado de integración entre las especialidades de Periodontología, Gastroenterología y Microbiología. Paralelamente, se revisó la literatura científica disponible hasta diciembre de 2023 sobre la relación entre periodontitis e infección por *H. pylori*, la posible función de la cavidad bucal como reservorio y el tratamiento periodontal como complemento de la terapia de erradicación.

La construcción participativa comprendió entrevistas semiestructuradas a cinco especialistas en Gastroenterología, un grupo focal con 10 especialistas y un grupo nominal con 12 profesionales de Periodontología, Gastroenterología y Microbiología. La información cualitativa fue sometida a análisis temático y las propuestas se integraron mediante triangulación de fuentes y métodos. El grupo nominal permitió consensuar los componentes, la secuencia de acciones, los puntos de decisión y las responsabilidades profesionales.

La propuesta inicial fue valorada por 10 especialistas seleccionados intencionalmente por su experiencia asistencial, docente o investigativa en las especialidades involucradas. Se evaluaron pertinencia, estructura y coherencia interna, actualidad científica, utilidad clínica y factibilidad mediante una escala

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

ordinal de cinco puntos. A partir de sus criterios se ajustaron las decisiones clínicas, las funciones profesionales y las condiciones para la implementación.

La fundamentación científica del algoritmo se complementó con los resultados de una revisión sistemática sobre la relación entre la colonización subgingival por *H. pylori* y la periodontitis.[12] Sus hallazgos se integraron con las restantes fuentes de información para sustentar las decisiones clínicas y la organización interdisciplinaria del algoritmo.

Tercera etapa (Validación de contenido y valoración de usuarios profesionales potenciales):

Se desarrolló entre septiembre-diciembre de 2025, mediante una estrategia multimétodo. La validación de contenido se realizó con 15 expertos seleccionados intencionalmente según competencia científica, experiencia clínica y vinculación con las áreas implicadas. Se determinó su competencia mediante el coeficiente K y se valoraron cinco dimensiones: aplicabilidad clínica, claridad operativa, utilidad para la toma de decisiones, coherencia interdisciplinaria y factibilidad organizativa. El procedimiento tomó como referencia las orientaciones para consulta a expertos descritas por Herrera Masó y colaboradores.[13]

Para cada aspecto se calculó el índice de validez de contenido, y se consideró adecuado un valor ≥ 0,78. La concordancia entre evaluadores se determinó mediante el coeficiente W de Kendall. Se estableció como criterio de aceptación W ≥ 0,70, además de un mínimo de 80 % de puntuaciones de 4 o 5 y ausencia de observaciones críticas que comprometieran la aplicabilidad o coherencia del algoritmo. Las observaciones cualitativas se analizaron mediante análisis de contenido.

La aceptación profesional se evaluó en 15 usuarios potenciales de Periodontología, Gastroenterología y Microbiología, con al menos tres años de experiencia, seleccionados intencionalmente. Se aplicó la técnica Iadov mediante cuestionarios individuales y anónimos para determinar la satisfacción individual y

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

el índice de satisfacción grupal;[14] se consideró aceptable un índice grupal ≥ 0,50. Las respuestas abiertas se analizaron temáticamente para identificar fortalezas, barreras y propuestas de mejora.

La validación de contenido permitió evaluar la pertinencia, claridad, utilidad, coherencia interdisciplinaria y factibilidad prevista del algoritmo mediante el criterio de expertos. La valoración de usuarios profesionales potenciales permitió examinar su aceptación y utilidad percibida. Ninguno de estos procedimientos incluyó la aplicación integral del algoritmo en pacientes ni la comparación de resultados clínicos con la atención habitual.

La participación de pacientes y profesionales fue voluntaria, tras obtener el consentimiento informado, con garantía de confidencialidad y anonimato cuando correspondió. La investigación se desarrolló de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki.[15]

RESULTADOS

En la primera etapa se detectó material genético de *H. pylori* en la cavidad bucal de 17 de los 39 pacientes estudiados (43,6 %). La comparación inicial de los grupos no mostró diferencias estadísticamente significativas en las variables sociodemográficas y periodontales examinadas. A los seis meses, la reinfección gástrica ocurrió en 13 de 17 pacientes con detección bucal inicial (76,5 %) y en 8 de 22 sin detección (36,4 %). La asociación fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 6,207$; $p = 0,013$), con un riesgo relativo de 2,103 (IC 95 %: 1,140-3,880). Este resultado constituyó el principal sustento empírico para incorporar la evaluación y el control periodontal a la ruta interdisciplinaria.

La triangulación de los resultados de la cohorte, la revisión documental, la observación de la práctica asistencial, las entrevistas, las técnicas grupales, la

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

valoración de especialistas y la evidencia científica actualizada permitió definir los componentes del algoritmo. (Tabla 1)

Tabla 1. Fuentes de información y decisiones incorporadas al algoritmo.

Fuente	Resultado relevante	Decisión incorporada
Estudio de cohorte	La detección bucal inicial de *H. pylori* se asoció con mayor frecuencia de reinfección gástrica a los seis meses.	Incorporar la evaluación periodontal y el seguimiento de la posible reinfección.
Revisión documental y observación	Se identificó limitada articulación entre Periodontología y Gastroenterología y ausencia de una ruta asistencial integrada.	Establecer coordinación, referencia, contrarreferencia y seguimiento interdisciplinario.
Entrevistas a gastroenterólogos	Se reconoció la necesidad de considerar la cavidad bucal y superar el manejo centrado exclusivamente en la infección gástrica.	Integrar la valoración periodontal al manejo del paciente.
Grupo focal	Se consideraron necesarios la evaluación periodontal, el control del biofilm y el tratamiento periodontal básico.	Incorporar acciones periodontales definidas dentro de la secuencia terapéutica.
Grupo nominal	Se consensuaron una estructura secuencial, puntos de decisión y responsabilidades profesionales.	Organizar el algoritmo en cinco fases operativas.
Valoración por especialistas	Se señaló la necesidad de precisar decisiones, responsabilidades y adaptabilidad a diferentes recursos diagnósticos.	Definir salidas y reentradas y considerar la PCR bucal como complementaria, no obligatoria.
Revisión sistemática	La evidencia reciente respaldó la evaluación y el tratamiento periodontal coordinados con el manejo gastroenterológico, aunque sin demostrar causalidad ni efectividad definitiva.	Mantener estos componentes y reservar la evaluación de efectividad para una implementación posterior.

Fuente: elaboración propia.

La propuesta inicial fue valorada por 10 especialistas. La pertinencia alcanzó una media de 4,8; la estructura y la coherencia interna, de 4,6; el valor científico y la actualidad, de 4,7; la utilidad clínica, de 4,9; y la factibilidad, de 4,2. El 94,0 % de las valoraciones globales correspondió a puntuaciones favorables. Las principales modificaciones consistieron en precisar los puntos de decisión y reentrada, delimitar las responsabilidades de cada especialidad y establecer el carácter complementario de la PCR en tiempo real aplicada al biofilm periodontal.

Los resultados de la revisión sistemática[12] sustentaron la incorporación de la evaluación periodontal, el control del biofilm subgingival, la coordinación del

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

tratamiento periodontal con la terapia gastroenterológica y el seguimiento interdisciplinario. La heterogeneidad de la evidencia disponible justificó el mantenimiento de estos componentes como acciones clínicamente fundamentadas, cuya efectividad para prevenir la reinfección gástrica deberá evaluarse durante la implementación del algoritmo.

Del proceso anterior se derivó el diseño de un algoritmo de tratamiento integral interdisciplinario estructurado en cinco fases. (Tabla 2)

Tabla 2. Fases del algoritmo de tratamiento integral interdisciplinario

Fase	Denominación	Objetivo operativo	Salida principal
I	Captación, elegibilidad y diagnóstico periodontal.	Identificar pacientes candidatos, confirmar periodontitis activa y determinar la elegibilidad para la ruta interdisciplinaria.	Continuidad o no en la ruta interdisciplinaria.
II	Confirmación diagnóstica de infección por *H. pylori.*	Confirmar o descartar infección gástrica activa mediante métodos diagnósticos validados.	Infección confirmada o salida de la ruta interdisciplinaria.
III	Tratamiento integral interdisciplinario.	Realizar tratamiento periodontal básico y coordinarlo con la terapia erradicadora gastroenterológica.	Tratamiento periodontal y gastroenterológico coordinado.
IV	Reevaluación clínica y terapéutica.	Comprobar la erradicación gástrica, valorar el control periodontal y determinar la necesidad de intervenciones complementarias.	Seguimiento, retratamiento o intervención complementaria.
V	Seguimiento interdisciplinario y cierre.	Vigilar la estabilidad periodontal y gástrica y detectar recidiva o reinfección.	Alta o reentrada a la fase correspondiente.

Fuente: elaboración propia.

Las fases conformaron una ruta clínica secuencial, con puntos de decisión y posibilidades de reentrada según la evolución. Periodontología asumió el diagnóstico, el control del biofilm, el tratamiento periodontal, la reevaluación y el mantenimiento; Gastroenterología, la confirmación de la infección gástrica, la terapia erradicadora, la comprobación de la erradicación y el tratamiento de rescate; y Microbiología, el apoyo diagnóstico y la interpretación de las pruebas

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

microbiológicas. La aplicación del algoritmo requiere mecanismos de referencia, contrarreferencia e intercambio de información entre estos servicios. (Figura 1)

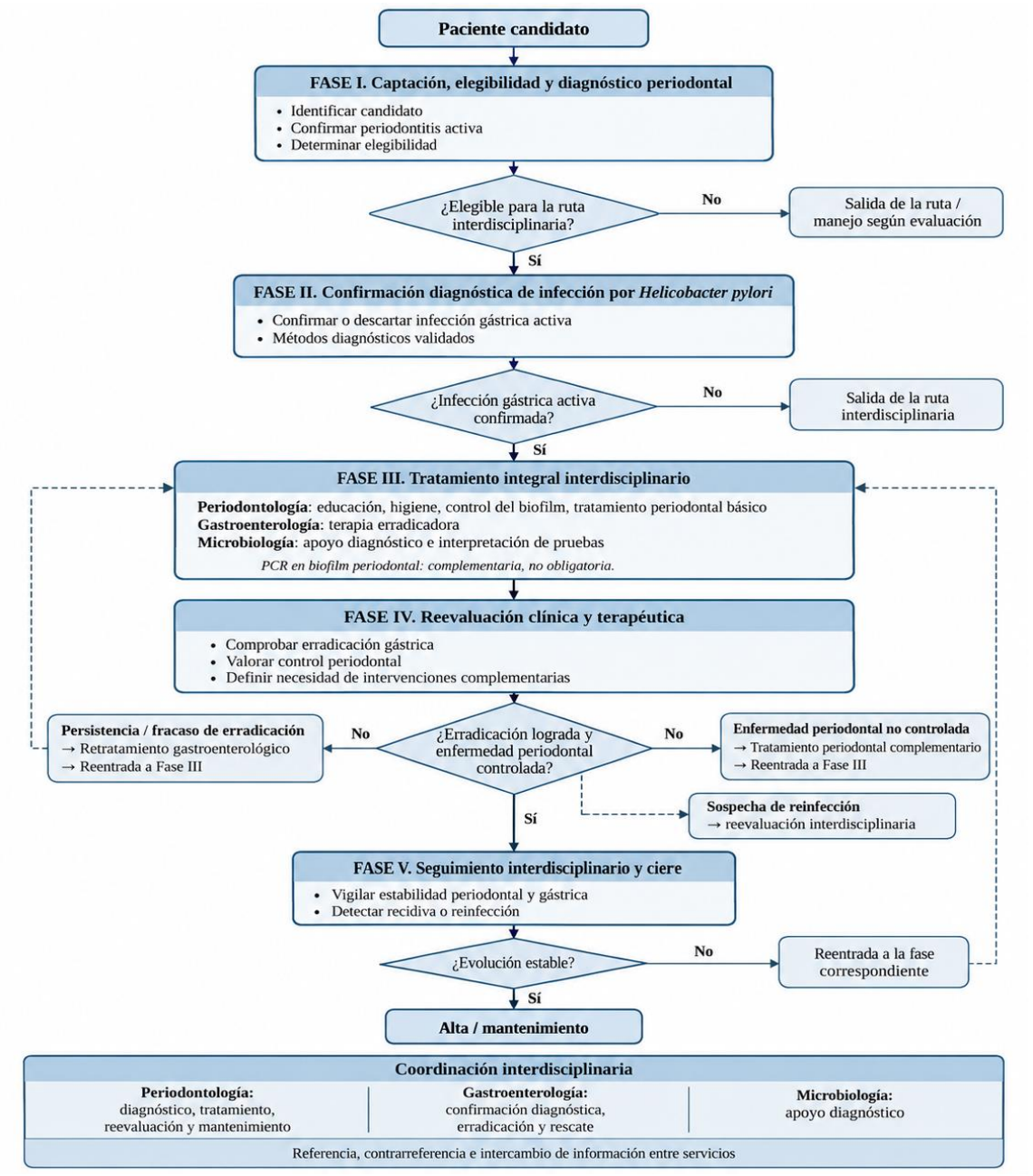


Figura 1. Algoritmo de tratamiento integral interdisciplinario para pacientes con periodontitis y enfermedad gástrica por *Helicobacter pylori*.
Fuente: elaboración propia.

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

La validación de contenido se realizó con 15 expertos, cuyo coeficiente de competencia promedio fue de 0,92. El índice de validez de contenido global alcanzó 0,89 y el coeficiente W de Kendall fue de 0,78 ($p < 0,01$). La utilidad para la toma de decisiones obtuvo el mayor índice de validez de contenido (1,00), seguida de la aplicabilidad clínica y la coherencia interdisciplinaria (0,90), la claridad operativa (0,85) y la factibilidad organizativa (0,80). (Tabla 3)

Tabla 3. Resultados de la validación de contenido del algoritmo mediante criterio de expertos.

Indicador	Resultado
Expertos evaluadores	15
Coeficiente de competencia promedio	0,92
IVC de aplicabilidad clínica	0,90
IVC de claridad operativa	0,85
IVC de utilidad para la toma de decisiones	1,00
IVC de coherencia interdisciplinaria	0,90
IVC de factibilidad organizativa	0,80
IVC global	0,89
W de Kendall	0,78
Significación	p<0,01

Fuente: elaboración propia.

La valoración de 15 usuarios profesionales potenciales mostró satisfacción clara en 8 participantes (53,3 %) y predominio de satisfacción en 5 (33,3 %); en conjunto, el 86,7 % expresó una valoración favorable. De los 2 restantes, uno presentó satisfacción no definida (6,7 %) y otro predominio de insatisfacción (6,7 %). El índice de satisfacción grupal fue de 0,67.

Las principales fortalezas identificadas fueron la organización de una atención previamente fragmentada, la claridad de la secuencia asistencial y la delimitación de las funciones profesionales. Los principales retos señalados fueron la coordinación entre servicios y la disponibilidad desigual de recursos diagnósticos.

Los ajustes derivados de la validación de contenido precisaron las salidas y reentradas ante ausencia de infección gástrica activa, enfermedad periodontal no

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

controlada, fracaso de la erradicación o sospecha de reinfección, sin modificar las cinco fases ni la orientación interdisciplinaria del algoritmo.

DISCUSIÓN

La asociación encontrada entre la detección bucal inicial de *H. pylori* y la reinfección gástrica a los seis meses respalda la pertinencia de considerar la cavidad bucal en el manejo de estos pacientes. Este resultado es compatible con metaanálisis recientes que han examinado la asociación entre periodontitis, presencia bucal de *H. pylori* e infección gástrica.[4,5,6] Sin embargo, la magnitud del efecto debe interpretarse con cautela por el tamaño muestral y la precisión limitada de las estimaciones.

La secuencia temporal establecida por el diseño de cohorte fortalece la asociación observada, pues la detección bucal precedió a la reinfección. No obstante, la identificación de material genético de *H. pylori* no demuestra viabilidad bacteriana, colonización estable ni identidad entre las cepas bucales y gástricas. Por tanto, los resultados no permiten atribuir causalidad ni afirmar que la cavidad bucal constituya el origen de la reinfección, aunque sustentan su consideración como posible reservorio extragástrico.[2,3]

La incorporación del tratamiento periodontal al algoritmo se fundamentó en la posibilidad de disminuir la carga microbiana y controlar factores locales que favorecen la persistencia del biofilm. La evidencia reciente señala beneficios potenciales de combinar la terapia periodontal con el tratamiento erradicador gástrico, aunque los resultados disponibles son heterogéneos y no permiten concluir que la intervención periodontal prevenga por sí sola la reinfección.[7,8,9] En consecuencia, el algoritmo concibe el tratamiento periodontal como complemento del manejo gastroenterológico y no como sustituto de la terapia de erradicación.[16]

E-ISSN: 1029 3043 | RNPS 1820

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

El principal aporte organizativo del algoritmo radica en integrar actuaciones que habitualmente se realizan de forma separada. La articulación de Periodontología, Gastroenterología y Microbiología mediante responsabilidades definidas, referencia, contrarreferencia y seguimiento conjunto expresa un cambio desde un modelo asistencial fragmentado hacia un abordaje integral, interdisciplinario e interprofesional.[17] Este enfoque es coherente con la evidencia que destaca la necesidad de incorporar la atención odontológica a modelos colaborativos y de estructurar rutas clínicas capaces de ordenar decisiones, funciones y continuidad asistencial.[10,11,18]

La organización en cinco fases permite transformar los fundamentos teóricos, la evidencia empírica y el consenso profesional en una secuencia clínica operativa. Los puntos de decisión y las posibilidades de reentrada aportan flexibilidad ante situaciones como la ausencia de infección gástrica activa, la enfermedad periodontal no controlada, el fracaso de la erradicación o la sospecha de reinfección. Esta estructura no pretende sustituir el juicio clínico, sino orientar la coordinación entre las especialidades implicadas.[19]

La valoración favorable de la propuesta inicial por los especialistas y los resultados de la validación de contenido respaldaron la coherencia científico-metodológica del algoritmo. El índice de validez de contenido global de 0,89 y el coeficiente W de Kendall de 0,78 reflejaron acuerdo entre los expertos sobre la aplicabilidad, la claridad, la utilidad, la coherencia interdisciplinaria y la factibilidad. Estos resultados son consistentes con el empleo del juicio de expertos como procedimiento de evaluación de propuestas metodológicas antes de su implementación.[13]

La utilidad para la toma de decisiones alcanzó la mayor valoración, mientras que la factibilidad organizativa obtuvo el índice más bajo. Este resultado indica que la futura aplicación del algoritmo dependerá tanto de su coherencia clínica como de la coordinación entre servicios, los mecanismos de comunicación y la disponibilidad de recursos diagnósticos.[20] Por esta razón, la PCR en tiempo real

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

aplicada al biofilm periodontal se mantuvo como prueba complementaria y no como requisito indispensable para iniciar o continuar la ruta asistencial.

La aceptación por los usuarios profesionales potenciales fue favorable, con un índice de satisfacción grupal de 0,67 y el predominio de categorías positivas. La técnica Iadov permitió complementar la validación de contenido realizada por los expertos con la valoración de aceptación de quienes podrían utilizar el algoritmo en la práctica.[14] Las respuestas abiertas mostraron como principal fortaleza la posibilidad de organizar la atención, actualmente fragmentada, y delimitar el momento de intervención de cada especialidad.

Estos resultados no deben interpretarse como evidencia de efectividad clínica. La validación de contenido permitió valorar la pertinencia, la claridad, la utilidad, la coherencia interdisciplinaria y la factibilidad prevista del algoritmo; la consulta a usuarios profesionales potenciales permitió determinar su aceptación y utilidad percibida.[21]

En conjunto, el algoritmo integra evidencia científica, resultados empíricos y consenso profesional en una ruta clínica que propone superar el manejo fragmentado de estos pacientes mediante una atención integral e interdisciplinaria. Su valor actual reside en organizar el diagnóstico, el tratamiento, la reevaluación y el seguimiento; la demostración de su efectividad clínica corresponderá a estudios posteriores de implementación.

CONCLUSIONES

El algoritmo desarrollado integra la evaluación periodontal, el manejo gastroenterológico y el apoyo microbiológico en una ruta clínica de cinco fases, con puntos de decisión, responsabilidades profesionales y mecanismos de referencia, contrarreferencia y seguimiento. La validación de contenido y la valoración de aceptación profesional respaldan su coherencia científico-

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

metodológica y su orientación hacia una atención integral e interdisciplinaria; su efectividad clínica todavía debe evaluarse.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aumpan N, Mahachai V, Vilaichone RK. Management of *Helicobacter pylori* infection. JGH Open [Internet]. 2023 [citado 2026 ag. 29];7(1):3-15. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9840198/pdf/JGH3-7-3.pdf

2. Anand PS, Kamath KP, Gandhi AP, Shamim MA, Padhi BK, Das S. Dental plaque as an extra-gastric reservoir of *Helicobacter pylori*: a systematic review and meta-analysis. Arch Oral Biol [Internet]. 2025 [citado 2026 ag. 29];170:[cerca de 18 pantallas]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39556904/

3. Cuba E, Sánchez MC, Ciudad MJ, Collado L. Association of *Helicobacter pylori* as an extragastric reservoir in the oral cavity with oral diseases in patients with and without gastritis: a systematic review. Microorganisms [Internet]. 2025 [citado 2026 ag. 29];13(8):[cerca de 22 pantallas]. Disponible en: https://www.mdpi.com/2076-2607/13/8/1955

4. Liu Q, Zhang Y, Qi F. Association between *Helicobacter pylori* infection and periodontal and gastric diseases: a meta-analysis. Int Dent J [Internet]. 2025 [citado 2026 ag. 29];75(3):1510-21. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11982461/

5. Moradi Y, Majidi L, Khateri S, Azh N, Gheshlagh RG, Saniee N, et al. The association between periodontal diseases and *H. pylori*: an updated meta-analysis of observational studies. BMC Oral Health [Internet]. 2023 [citado 2024 sept. 15];23:[cerca de 18 pantallas]. Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1186/s12903-023-03232-3

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

6. Tsimpiris A, Tsolianos I, Grigoriadis A, Moschos I, Goulis DG, Kouklakis G. Association of chronic periodontitis with *H. pylori* infection in stomach or mouth: a systematic review and meta-analysis. Eur J Dent [Internet]. 2023 [citado 2024 sept. 15];17(2):270-82. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10329527/

7. Inchingolo AM, Inchingolo AD, Fatone MC, Ferrante L, Casamassima L, Trilli I, et al. The effect of periodontal treatment on *Helicobacter pylori*-infection: a systematic review. Periodontal Implant Res [Internet]. 2025 [citado 2026 oct. 8];9:[cerca de 15 pantallas]. Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1007/s41894-025-00146-x

8. Tsimpiris A, Grigoriadis A, Tsolianos I, Moschos I, Goulis DG, Kouklakis G. Periodontitis and *H. pylori* infection: eradication and periodontal therapy combination. Eur J Dent [Internet]. 2022 [citado 2024 sept. 15];16(1):145-52. Disponible en: https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0041-1731928

9. Chen K, Chen G, Liu SG, Wei FZ, Lin SZ. Influence of different periodontal therapies on eradication and recurrence of *H. pylori* infection. J Int Dent Med Res [Internet]. 2023 [citado 2024 sept. 15];16(1):204-8. Disponible en: https://www.jidmr.com/journal/wp-content/uploads/2023/03/34-D22_2024_Sai_Zheng_Lin_China.pdf

10. Hung M, Birmingham WC, Tucker M, Schwartz C, Mohajeri A. Integrating dentistry into interprofessional healthcare: a scoping review on advancing collaborative practice and patient outcomes. Healthcare (Basel) [Internet]. 2025 [citado 2026 oct. 8];13(21):[cerca de 16 pantallas]. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12607634/

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

11. Rotter T, Kinsman LD, Alsius A, Scott SD, Lawal A, Ronellenfitsch U, et al. Clinical pathways for secondary care and the effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2025 [citado 2026 oct. 8];5(5):[cerca de 40 pantallas]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40365866/

12. Crespo-Echevarría BM, Toledo-Pimentel BF, Felipe-Fernandez Y, Hurtado-Sarduy S, Villarino-Domínguez D, Fimia-Duarte R, et al. Asociación entre la colonización subgingival de *H. pylori* (Marshall, 1983) y la periodontitis. BIOTEMPO [Internet]. 2025 [citado 2026 oct. 8];23(1):29-33. Disponible en: https://revistas.urp.edu.pe/index.php/Biotempo/article/view/8265

13. Herrera Masó JR, Calero Ricardo JL, González Rangel MA, Collazo Ramos MI, Travieso González Y. El método de consulta a expertos en tres niveles de validación. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2022 [citado 2025 dic 27];21(1):[cerca de 14 pantallas]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8359765

14. Reyes Hernández DL, Rojas Rodríguez OA. Automatización de la técnica de IADOV en la validación de la metodología del pase de visita hospitalario. Acta Méd Centro [Internet]. 2025 [citado 2026 en. 25];19(1):[cerca de 12 pantallas]. Disponible en: https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/e2284

15. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human participants. JAMA [Internet]. 2025 [citado 2026 sept 7];333(1):71-4. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39425955/

16. Chey WD, Howden CW, Moss SF, Morgan DR, Greer KB, Grover S, et al. ACG clinical guideline: treatment of Helicobacter pylori infection. Am J Gastroenterol [Internet]. 2024 [citado 2026 oct. 10];119(9):1730-53. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39626064/

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

17. Akbar MA, Sahar J, Rustina Y, Rekawati E, Sartika RAD. Interprofessional collaboration in primary care: concept analysis. J Caring Sci [Internet]. 2025 [citado 2026 oct. 10];14(4):267-77. Disponible en: https://jcs.tbzmed.ac.ir/Article/jcs-33428

18. Gartner JB, Abasse KS, Bergeron F, Landa P, Lemaire C, Côté A. Definition and conceptualization of the patient-centered care pathway, a proposed integrative framework for consensus: a concept analysis and systematic review. BMC Health Serv Res [Internet]. 2022 [citado 2026 oct. 10];22(1):[cerca de 35 pantallas]. Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-022-07960-0

19. Hak F, Guimarães T, Santos M. Towards effective clinical decision support systems: a systematic review. PLoS One [Internet]. 2022 [citado 2026 oct. 10];17(8):[cerca de 22 pantallas]. Disponible en: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0272846

20. Larson CL, Vanstone JR, Mise TR, Tupper SM, Groot G, Azizian AR. Development and validity testing of a matrix to evaluate maturity of clinical pathways: a case study in Saskatchewan, Canada. BMC Health Serv Res [Internet]. 2024 [citado 2026 oct. 10];24:[cerca de 24 pantallas]. Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-024-11239-x

21. Zhang J, Xue X, Liang S, Bao Y, Chen Z. Implementation science promotes clinical practice of guidelines: a scoping review. BMC Health Serv Res [Internet]. 2025 [citado 2026 oct. 10];25(1):[cerca de 30 pantallas]. Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-025-13317-0

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

Contribución de los autores

Conceptualización: Beatriz María Crespo Echevarría, Bárbara Francisca Toledo Pimentel, Yusimí Guerra Véliz.

Curación de datos: Rafael Llanes Caballero, Yangelis Rodríguez Acuña, Oderay Gutiérrez González.

Investigación: Beatriz María Crespo Echevarría, Bárbara Francisca Toledo Pimentel, Yusimí Guerra Véliz, Jorge Otero Martínez, Dunieski Villarino Domínguez.

Metodología: Beatriz María Crespo Echevarría, Bárbara Francisca Toledo Pimentel, Yusimí Guerra Véliz.

Redacción del borrador original: Beatriz María Crespo Echevarría, Bárbara Francisca Toledo Pimentel, Yusimí Guerra Véliz.

Redacción (revisión y edición): Jorge Otero Martínez, Dunieski Villarino Domínguez.

E-ISSN: 1029 3043 | RNPS 1820

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons