

● Documentos
● de Consulta
● Rápida

1. Manejo del Helicobacter Pylori





1. Manejo del Helicobacter Pylori

Noelia Fontanillas Garmilla

*Especialista en Medicina familiar y Comunitaria. CS Bezana, Cantabria.
Coordinadora Grupo de Digestivo SEMERGEN.*

Sonia Fernández Jorde

*Especialista en Medicina familiar y Comunitaria. Servicio Cántabro de Salud., Cantabria.
Miembro Grupo de Digestivo SEMERGEN.*

Inés Rivera Panizo

*Especialista en Medicina familiar y Comunitaria. CS. Los Gladiolos, Santa Cruz de Tenerife.
Miembro Grupo de Digestivo SEMERGEN.*

Maria Fernanda García Román

*Médico-Residente R2 CS Bezana, Cantabria.
Miembro Grupo de Digestivo SEMERGEN.*



ISSN 3020-772X

INTRODUCCIÓN

El Helicobacter Pylori (H. Pylori) es una bacteria gramnegativa resistente al ácido que puede habitar en el estómago.

La infección por H. Pylori afecta a gran parte de la población mundial y es muy frecuente en la población española, se estima la prevalencia en torno al 50%¹.

Representa un papel fundamental en el desarrollo de enfermedades como la gastritis crónica, úlcera péptica o cáncer gástrico^{1,2}

Debido a esta relación debe tratarse a todos los pacientes diagnosticados de la infección independientemente de su clínica². Es importante que los pacientes sean tratados y la bacteria se erradique con éxito con el menor número de intentos con antibióticos y así evitar el impacto en la microbiota intestinal y la aparición de cepas bacterianas multirresistentes.³

La alta prevalencia en España de H. Pylori, la importancia de la erradicación de esta bacteria por su relación con la gastritis crónica, la úlcera péptica, el cáncer gástrico o la dispepsia, junto con la accesibilidad a las pruebas diagnósticas y al tratamiento desde Atención Primaria, hace que sea **fundamental que el médico de familia conozca el abordaje de la infección por Helicobacter Pylori** para su manejo desde atención primaria.

ABORDAJE DESDE NUESTRAS CONSULTAS

¿A quién recomendamos la búsqueda de Helicobacter Pylori? ^{2,5}

- Pacientes con úlcera gástrica o duodenal presente o pasada.
- Pacientes con linfoma de tejido linfoide asociado a mucosas (MALT) gástrico de bajo grado.
- Pacientes con resección quirúrgica o endoscópica de cáncer gástrico.
- Pacientes con atrofia de mucosa gástrica o metaplasia intestinal.
- Familiares de primer grado de pacientes con cáncer gástrico.
- Antes de comenzar un tratamiento prolongado con ácido acetil salicílico en pacientes con alto riesgo de padecer úlceras o complicaciones.
- Pacientes con anemia ferropénica inexplicable.
- Pacientes con púrpura trombocitopénica idiopática.
- Pacientes menores de 55 años con dispepsia no investigada sin signos de alarma. “Estrategia Test and Treat”.
- Se recomienda ofrecer a todo paciente diagnosticado de infección por H. Pylori un tratamiento erradicador.

¿QUÉ PRUEBAS REALIZAMOS?

Las pruebas diagnósticas de la infección por H. Pylori pueden ser invasivas (endoscópicas) o no invasivas.

No invasivas (ver figura 1)^{2,6}

Cuando la endoscopia no es necesaria o no está disponible se pueden usar técnicas no invasivas.



Figura 1: Pruebas diagnósticas no invasivas de la infección por H. Pylori. Elaboración propia.

El test del aliento con urea marcada con C¹³ con administración previa de ácido cítrico, es la prueba no invasiva más sensible y específica. Es la prueba de elección para el diagnóstico y para comprobar la erradicación.

La detección del antígeno en heces es una prueba no invasiva alternativa que se puede usar si no se dispone del test del aliento aunque su sensibilidad y especificidad son menores.

La serología es la prueba con menos fiabilidad diagnóstica. Una prueba positiva se puede observar después de varios meses de la infección, por lo que no se recomienda su uso.

Invasivas (ver figura 2)^{2,6}

Se realizará un diagnóstico mediante técnicas endoscópicas principalmente cuando los pacientes presenten signos de alarma y la endoscopia esté disponible.

Signos de alarma:²

- Pacientes mayores de 55 años
- Vómitos
- Hemorragia digestiva
- Masa abdominal
- Pérdida de peso
- Disfagia

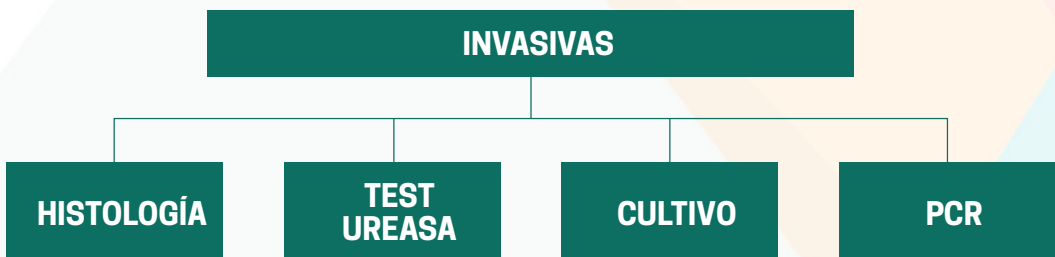


Figura 2: Pruebas diagnósticas invasivas de la infección por H. Pylori. Elaboración Propia.

La biopsia (histología) de antro y cuerpo permite detectar la infección con la máxima sensibilidad y especificidad, así como evaluar la presencia de gastritis atrófica y metaplasia intestinal.

El test rápido de la ureasa es una alternativa válida cuya sensibilidad es de un 90% y su especificidad de un 95-100% ²

Es menos frecuente que se cultiven las piezas de biopsia con fines específicos a menos que exista sospecha de resistencias antibióticas que nos puedan suponer un cambio de decisión a la hora de elegir tratamientos.

La PCR es raramente utilizada en la actualidad, podrían permitir detectar mutaciones que causen resistencias antibióticas. Precisa de más estudios y validaciones.

COMPROBAR LA ERRADICACIÓN

Se debe comprobar la erradicación en todo paciente tratado a partir de la cuarta semana tras la finalización del tratamiento, dado que el éxito de la erradicación es muy variable.

Debe evitarse el uso de inhibidores de la bomba de protones (IBPs) por lo menos los 15 días previos para evitar falsos negativos. Los antibióticos y los compuestos con bismuto deben haberse suspendido al menos 4 semanas antes. ³

Se recomienda principalmente el test del aliento (ver Tabla 1), dada su alta sensibilidad y especificidad, si bien es cierto que no se encuentra disponible en algunas áreas de salud.

No se recomienda la prueba de detección de antígeno en heces, debido a que un resultado positivo de la prueba tiene un valor predictivo muy bajo (50%). Es decir, uno de cada dos pacientes con una determinación positiva después del tratamiento será un falso positivo. Por esto, también se recomienda solicitarlo mínimo a las cuatro semanas del tratamiento erradicador, e incluso algunos autores recomiendan tres meses después de finalizarlo. ^{5,6}

La serología, como hemos comentado anteriormente, no evalúa enfermedad actual o pasada, debido a que los niveles de anticuerpos permanecen presentes varios años tras el tratamiento, por lo que tampoco se recomienda.

ABORDAJE FARMACOLÓGICO

En los últimos años se han publicado consensos o guías de actuación sobre el tratamiento de la infección por H. Pylori, algunas son recomendaciones distintas, pero en lo que coinciden todas son en el uso de cuatro fármacos, ya que la eficacia probada es mayor del 90% de tasa de erradicación. ^{1,2}

Actualmente las recomendaciones incluyen terapia cuádruple concomitante durante 14 días o terapia cuádruple clásica con bismuto durante 10 días. Ambos tratamientos con una eficacia probada de >90%. ^{1,3} (Ver tablas 1 y 2)

El uso de IBPs a dosis altas dos veces al día ha visto incrementada la eficacia de la triple terapia, sin embargo no está claro que esta mejoría de eficacia se produzca en las terapias cuádruples al incrementar de dosis estándar a altas dosis de IBPs.

En la reciente publicación en febrero de 2023 de la guía de probióticos de la Organización Mundial de Gastroenterología ⁷ y tras el último Consenso de Maastricht VI/Florence ² de 2022 sobre el tratamiento de la infección por H. Pylori, se concluye que ciertos probióticos (Lactobacillus spp, Bifidobacterium spp y Saccharomyces Boulardii) han demostrado ser eficaces para reducir los efectos secundarios gastrointestinales causados por las terapias de erradicación de H. Pylori y, por tanto, tienen un efecto beneficioso sobre el tratamiento. Pero no hay pruebas que apoyen que un probiótico por sí solo, sin terapia antibiótica concomitante, sea eficaz.

Son necesarios más estudios para evaluar la eficacia directa de los probióticos sobre la erradicación.

	OPCIÓN A		OPCIÓN B
1ª LÍNEA	IBPs c/12h Amoxicilina 1g c/12h Claritromicina 500mg c/12h Metronidazol 500mg c/12h 14 días		IBPs c/12h Cápsula única (bismuto + tetraciclina + metronidazol) 3cap/6h 10 días
SI PRUEBA ERRADICACIÓN POSITIVA			
2ª LÍNEA	IBPs c/12h Cápsula única (bismuto + tetraciclina + metronidazol) 3cap/6h 10 días	IBPs c/12h Levofloxacin 500mg/24h Amoxicilina 1g/12h Bismuto 240mg/12h 14 días	IBPs c/12h Levofloxacin 500mg/24h Amoxicilina 1g/12h Bismuto 240mg/12h 14 días
SI PRUEBA ERRADICACIÓN POSITIVA			
DERIVACIÓN DIGESTIVO			

Tabla 1. Tratamiento farmacológico para la erradicación de la infección por H. Pylori. Elaboración propia. Adaptado de: Gisbert JP; et al. V Spanish Consensus Conference on Helicobacter Pylori infection treatment. Gastroenterol Hepatol. 2022 ¹

	ALERGICOS PENICILINAS
1ª LÍNEA	IBPs c/12h Cápsula única (bismuto + tetraciclina + metronidazol) 3cap/6h 10 días
SI PRUEBA ERRADICADORA POSITIVA	
2ª LÍNEA	IBPs c/12h Levofloxacin 500mg/24h Claritromicina 500mg/12h Bismuto 240mg/12h 14 días
SI PRUEBA ERRADICADORA POSITIVA	
DERIVACIÓN DIGESTIVO	

Tabla 2. Alternativas farmacológicas en alérgicos a penicilinas para la erradicación de la infección por H. Pylori. Elaboración propia. Adaptado de: Gisbert JP; et al. V Spanish Consensus Conference on Helicobacter Pylori infection treatment. Gastroenterol Hepatol. 2022 ¹

QUÉ ES PRIORITARIO HACER/CONCLUSIONES PRÁCTICAS

- Ante todo paciente con diagnóstico de infección por H. Pylori se le debe ofrecer tratamiento erradicador.
- En la dispepsia no investigada en pacientes menores de 50 años sin síntomas de alarma se debe hacer la estrategia “Test and Treat”, determinar la presencia de H. Pylori mediante test no invasivo y tratar.^{1,2}
- El test del aliento es el método de elección para el diagnóstico de la infección por H. Pylori y para comprobar la erradicación después del tratamiento. La detección de antígeno en heces es de segunda elección cuando no tenemos disponible la anterior.^{1,2}
- Para comprobar la erradicación debemos solicitar el test de aliento mínimo 4 semanas después del tratamiento con antibiótico y dos semanas del IBP.^{1,2} Si fuera la detección del antígeno en heces, también es recomendable esperar más de cuatro semanas, incluso algunos autores recomiendan tres meses después de finalizar el tratamiento erradicador.^{5,6}
- Como tratamiento de primera línea de la infección por H. Pylori se recomienda una pauta cuádruple concomitante sin bismuto (IBP, claritromicina, amoxicilina y metronidazol) o una combinación cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol).
- Se debe advertir al paciente de la importancia de realizar el tratamiento y los posibles efectos secundarios, ya que son frecuentes y favorecerá la adherencia terapéutica.⁴
- Los probióticos pueden añadirse en los casos en que se precise disminuir los efectos secundarios del tratamiento antibiótico. Se precisan más estudios para poder indicarlos de forma generalizada.²
- Se derivará a Digestivo tras el fracaso de dos tratamientos erradicadores, siempre descartando el incumplimiento terapéutico.⁵

QUÉ NO DEBE HACER MÉDICO DE AP

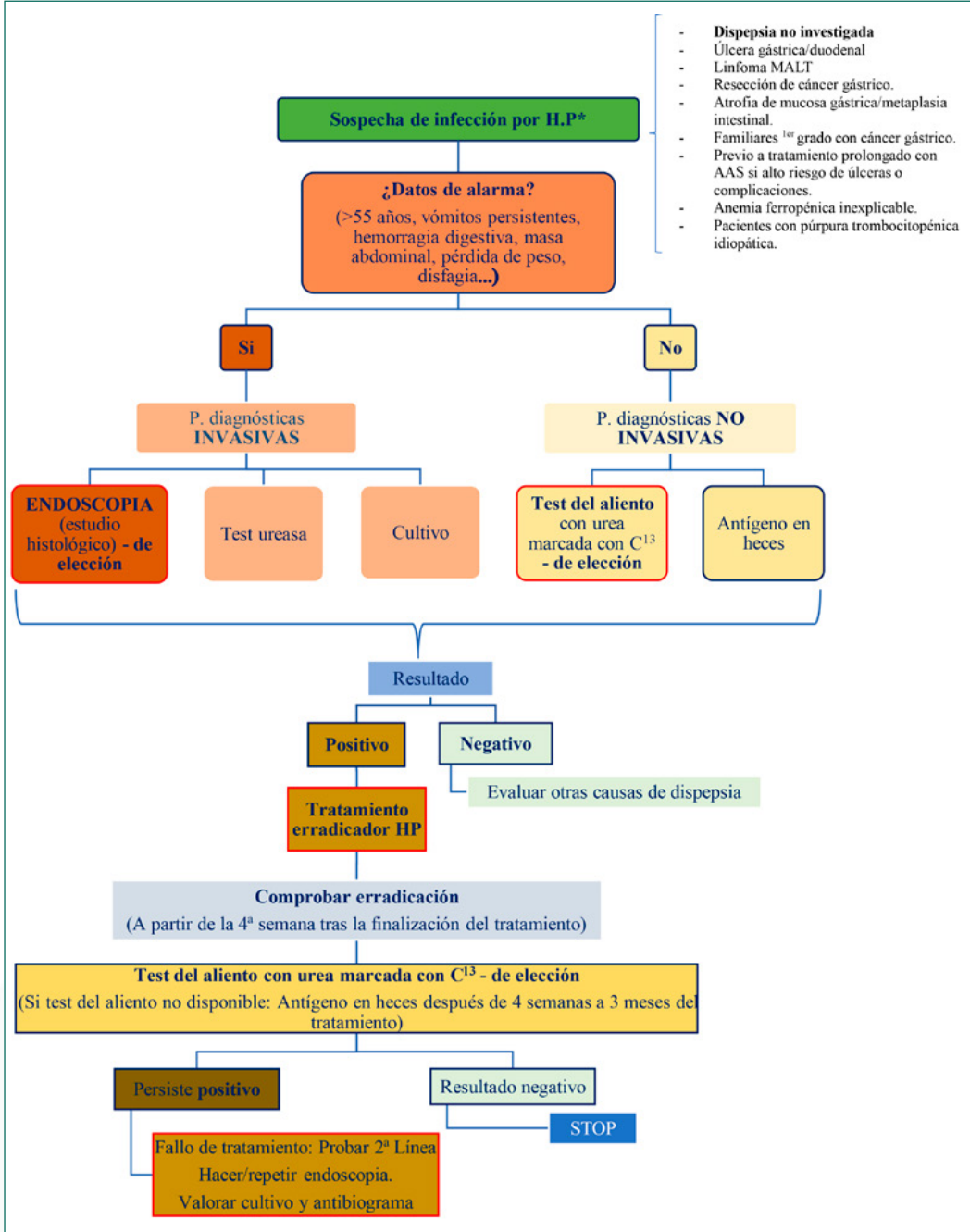
- La repetición de la misma terapia tiene pocas probabilidades de éxito y debe evitarse.
- No se recomienda la triple terapia en la erradicación del H. Pylori.
- No se recomienda solicitar serología para el diagnóstico ni para la erradicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gisbert JP, Alcedo J, Amador J, Bujanda L, Calvet X, Castro-Fernández M, Fernández-Salazar L, Gené E, Lanas Á, Lucendo AJ, Molina-Infante J, Nyssen OP, Pérez-Aisa A, Puig I. V Spanish Consensus Conference on Helicobacter Pylori infection treatment. *Gastroenterol Hepatol*. 2022;45(5):392-417.
2. Malfertheiner P, Megraud F, Rokkas T, Gisbert JP, Liou JM, Schulz C, Gasbarrini A, Caza H, Leja M, O'Morain C et al. Grupo Europeo de Estudio de Helicobacter y Microbiota. Manejo de la infección por Helicobacter Pylori: Informe de consenso de Maastricht VI/Florenia. *Tripa* 2022;71:1724-1762.

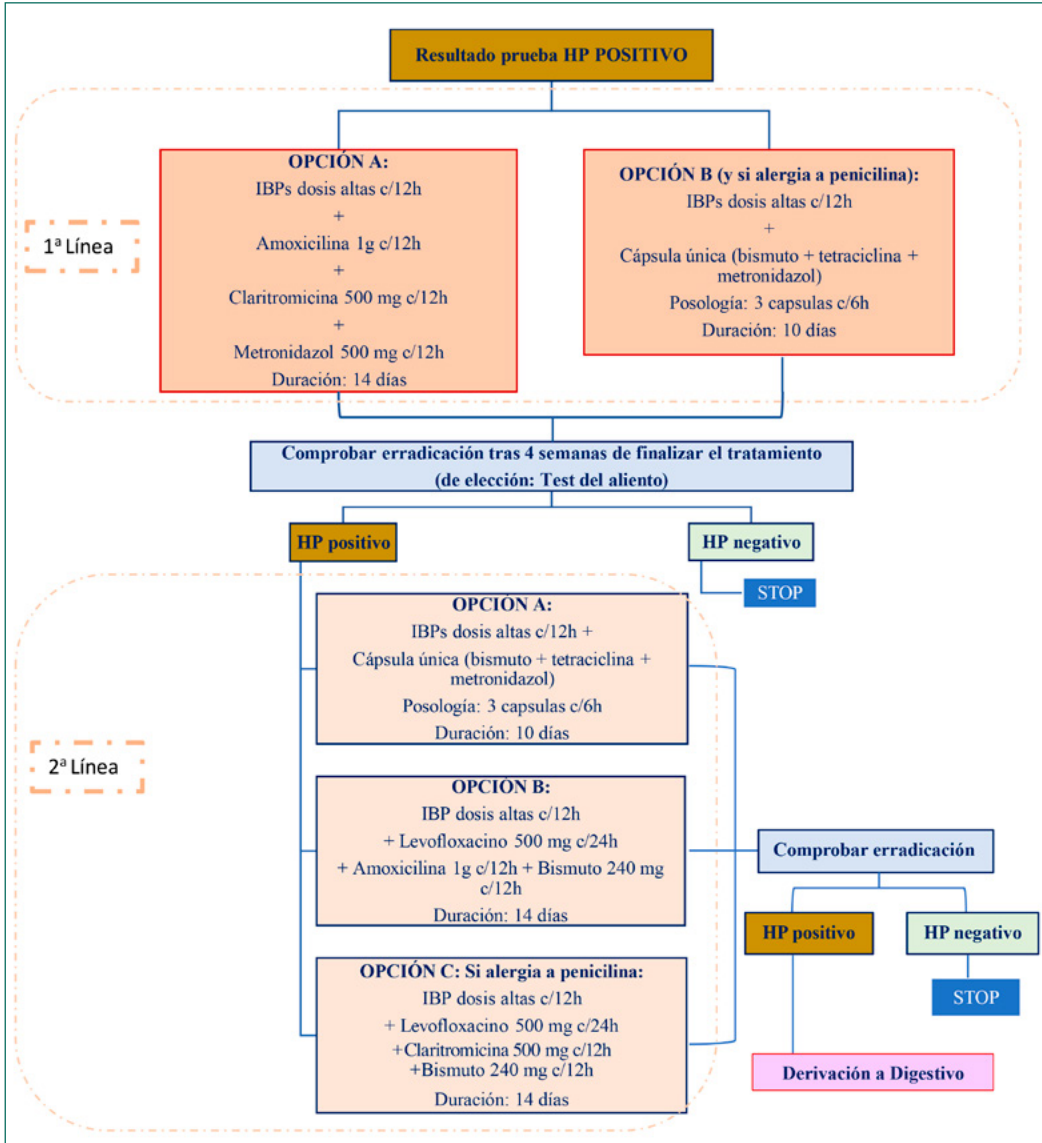
3. Caldas M, Pérez-Aisa Á, Castro-Fernández M, Bujanda L, Lucendo A.J, Rodrigo L, Huguet J.M, Pérez-Lasala J, Molina-Infante J, Barrio J, et al. European Registry on Helicobacter Pylori management: Effectiveness of First and Second-Line Treatment in Spain. *Antibiotics* 2021; 10-13.
4. Zhou BG, Yan XL, Wan LY, Zhang Q, Li B, Ai YW. Effect of enhanced patient instructions on Helicobacter Pylori eradication: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Helicobacter*. 2022;27:12869.
5. Ricote M, Pejenaute L, Viera G. Actualización terapéutica en la infección por H. Pylori. *FMF* 2022;2:38-46.
6. Sabbagh P, Mohammadnia-Afrouzi M, Javanian M, Babazadeh A, Koppolu V, Vasigala VR, et al. Diagnostic methods for Helicobacter Pylori infection: ideals, options, and limitations. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2019 Jan; 38(1):55-66.
7. MGuarner F, Sanders ME, et al. World Gastroenterology Organization. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines: probiotics and prebiotics [Internet] Febrero 2023.

Infografías



Fuente: Adaptado de: Malfertheiner P, et al. Grupo Europeo de Estudio de Helicobacter y Microbiota. Manejo de la infección por Helicobacter Pylori: Informe de consenso de Maastricht VI/Florenia. Tripa 2022;71:1724-1762.

Actitud en Infección por Helicobacter Pylori



Fuente: Adaptado de: Malfertheiner P, et al. Grupo Europeo de Estudio de Helicobacter y Microbiota. Manejo de la infección por Helicobacter Pylori: Informe de consenso de Maastricht VI/Florenca. Tripa 2022;71:1724-1762.

