



Protocolo de seguimiento de la infección por *Helicobacter pylori*

C. Gargallo^a, T. Serrano^{a,b} y F. Gomollón^{a,b,c}

^aHospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España. ^bInstituto de Investigación Sanitaria de Aragón. Zaragoza. España. ^cCIBEREHD

Palabras Clave:

- *Helicobacter pylori*
- Tratamiento
- Terapia de rescate

Keywords:

- *Helicobacter pylori*
- Treatment
- Rescue therapy
- Peptic ulcer

Resumen

En los pacientes en los que está indicado el tratamiento para la erradicación de *H. pylori*, la triple terapia estándar (amoxicilina, claritromicina e inhibidor de la bomba de protones) es el tratamiento de primera elección en nuestro país. Aunque la duración más habitual son 7 días, esta puede prolongarse en los pacientes con dispepsia o linfoma de MALT. Asimismo, estará indicado mantener la toma de IBP hasta comprobar la erradicación cuando se trate de una úlcera complicada o úlcera gástrica mayor de 1cm. Por otra parte, es recomendable tener planificadas estrategias terapéuticas de rescate, ya que el primer intento terapéutico fracasará en un 20% de los pacientes. Las terapias de rescate se basan en evitar la toma de antibióticos que se hayan usado previamente o que tengan altas tasas de resistencia. Tanto la terapia basada en levofloxacin como la cuádruple terapia pueden ser opciones correctas. Cabe destacar que para que el tratamiento elegido sea eficaz es necesario un correcto cumplimiento del mismo.

Abstract

Follow-up protocol of *Helicobacter pylori* infection

When eradication of *H. pylori* is indicated, triple therapy using proton pump inhibitors, amoxicillin and clarithromycin remains the treatment of choice in Spain. Seven days is the most common duration for triple therapies, but longer regimens (10-14 days) should be used in patients with MALT lymphoma or uninvestigated dyspepsia. PPI administration should be maintained until healing in complicated peptic ulcers or in large gastric ulcers (4 to 8 weeks usually). As 20% of failures of first line therapy is to be expected, to plan a rescue therapy from the start is recommend. The rescue therapy is based in avoiding antibiotic previously used with high rates of resistance. Bismuth based quadruple therapy and levofloxacin-based triple therapy are both valid options. Correct adherence is the key point for the overall success of treatment.

Introducción

En los pacientes en los que está indicado el tratamiento para la erradicación de *Helicobacter pylori*, la triple terapia estándar (amoxicilina, claritromicina e inhibidor de la bomba de protones [IBP]) es el tratamiento de primera elección en nuestro país. Aunque la duración más habitual son 7 días, esta puede prolongarse en los pacientes con dispepsia o linfoma de MALT. Asimismo, estará indicado mantener la toma del IBP hasta comprobar la erradicación cuando se trate de una úlce-

ra complicada o úlcera gástrica mayor de 1cm. Por otra parte, es recomendable tener planificadas estrategias terapéuticas de rescate, ya que el primer intento terapéutico fracasará en un 20% de los pacientes. Las terapias de rescate se basan en evitar la toma de antibióticos que se hayan usado previamente o que tengan altas tasas de resistencia. Tanto la terapia basada en levofloxacin como la cuádruple terapia pueden ser opciones correctas. Cabe destacar que para que el tratamiento elegido sea eficaz es necesario un correcto cumplimiento del mismo.

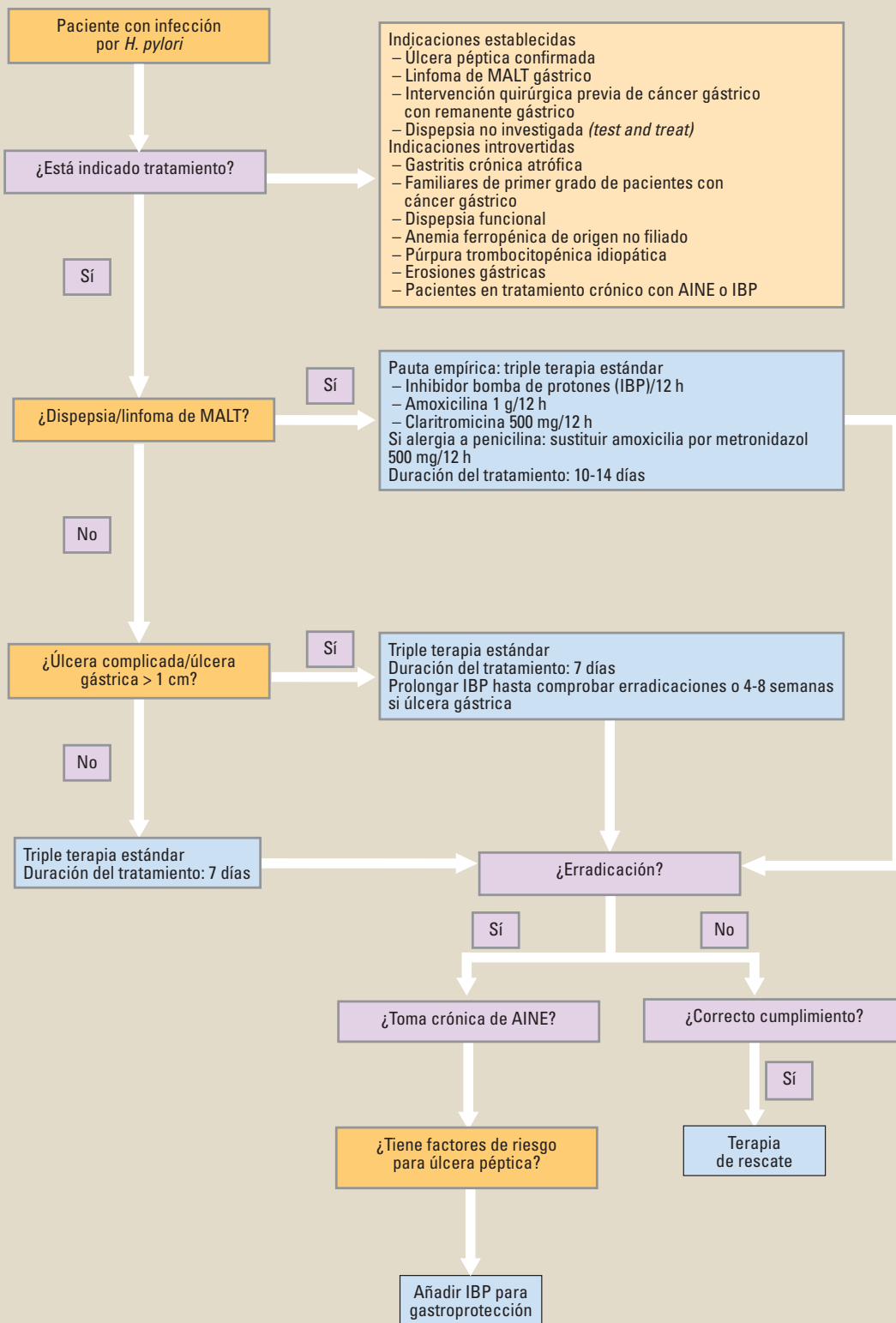


Fig. 1. Pautas de actuación en la infección por *Helicobacter pylori*.

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; IBP: inhibidores de la bomba de protones.

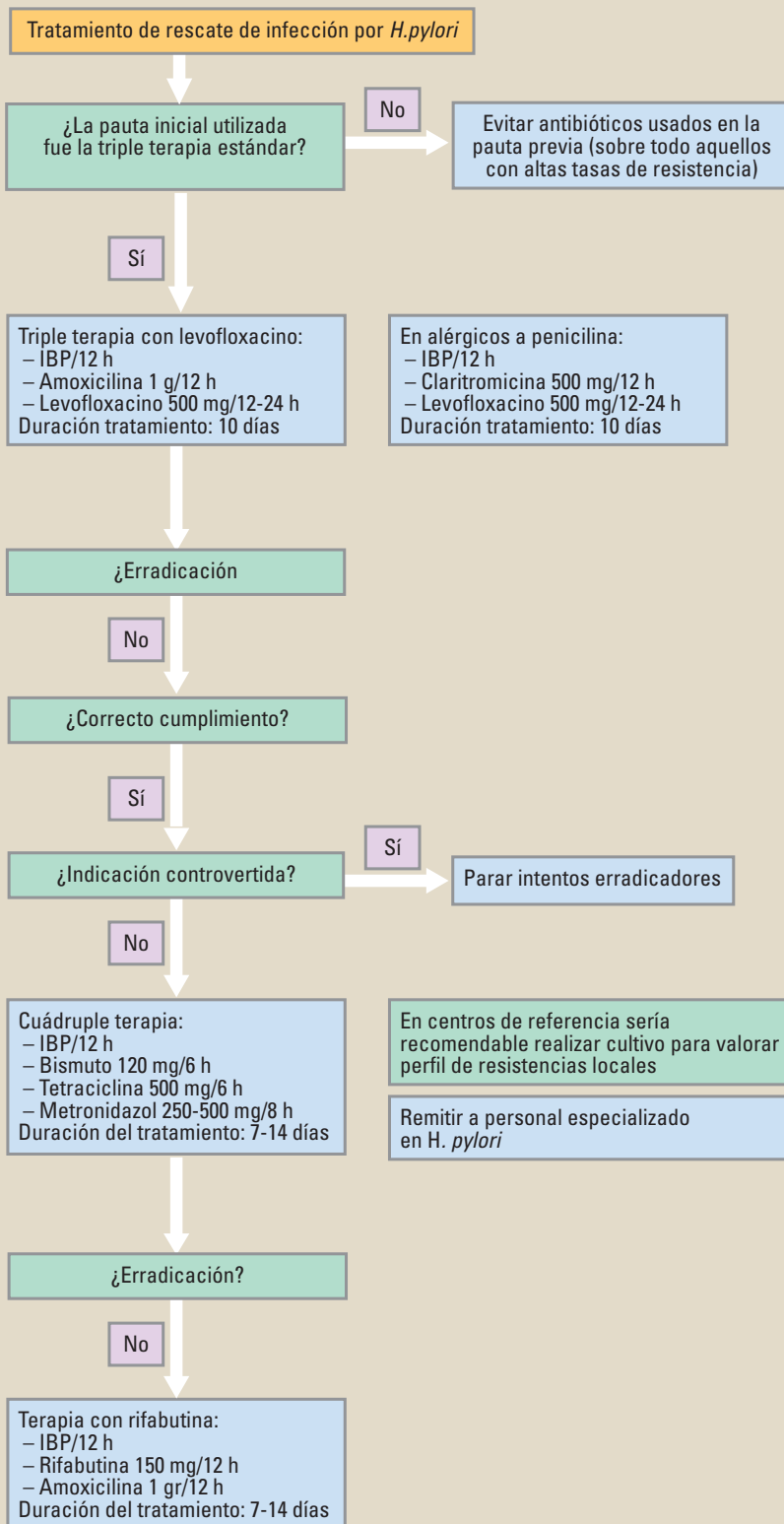


Fig. 2. Tratamiento de rescate para la erradicación de *Helicobacter Pylori*.

IBP: inhibidores de la bomba de protones.

Tratamiento erradicador

En la figura 1 se resumen las pautas de actuación en la infección por *Helicobacter pylori*. Si está indicado el tratamiento, se recomendará al paciente que tome una combinación de fármacos para erradicar la infección¹⁻³ y, aunque es un tema en discusión, en nuestro país la triple terapia estándar es la pauta de elección⁴⁻⁶. Tanto la duración del tratamiento, basándonos en criterios de coste-efectividad, como la necesidad de prolongar la toma de IBP variará en función de la indicación.

Seguimiento

Por otra parte, una vez administrada la terapia nos debemos plantear si es necesario comprobar la curación de la infección. Si la indicación es una dispepsia o una úlcera duodenal no complicada, controlar la eficacia del tratamiento no sería estrictamente necesario, ya que se ha mostrado que es más eficiente investigar la persistencia o no de la infección sólo en aquellos casos con recidiva o persistencia de los síntomas. Sin embargo, si se trata de un linfoma de MALT, de una úlcera gástrica o de una úlcera duodenal complicada es recomendable demostrar objetivamente el resultado del tratamiento. Ello se puede hacer con un test del aliento (por ejemplo tras una úlcera duodenal complicada) o con el examen de muestras obtenidas en una endoscopia cuando se trate de una úlcera gástrica o un linfoma de MALT^{1,6,7}.

Algunos puntos específicos que merece señalar son:

1. Hay muchas pautas posibles de tratamiento, pero todas ellas serán inútiles si no se toman. El punto clave del tratamiento reside en el cumplimiento, para lo que es muy importante asegurarnos de una comprensión adecuada por parte del paciente de la necesidad de tomar todos los fármacos el tiempo establecido. Recomendamos dar instrucciones escritas. En las pautas secuenciales, por ejemplo, es imposible que el paciente recuerde con precisión el tratamiento.

2. Todos los IBP son igual de eficaces cuando se utilizan con dos antibióticos para erradicar la infección por *Helicobacter pylori*⁷.

3. Antes de controlar la eficacia del tratamiento y para evitar falsos negativos en los tes utilizados, el paciente tiene que permanecer un mínimo de cuatro semanas sin tratamiento antibiótico o con compuestos con bismuto y dos semanas sin tratamiento con IBP^{1,7}.

4. Es probable que el uso de probióticos mejore la tolerancia e incluso aumente la eficacia del tratamiento de la infección.

5. Hay que adaptarse a las circunstancias de eficacia locales, pero no es prudente hacer cambios de política general de tratamiento muy a menudo, sin datos exactos sobre la evolución de la eficacia y resistencias.

Tratamiento de rescate

El fracaso de un primer tratamiento afectará a uno de cada cinco pacientes, por lo que es conveniente tener planificadas estrategias como las que se muestran en la figura 2^{8,9}. Sería perfectamente aceptable que intercambiáramos las posiciones de la terapia basada en levofloxacino y la cuádruple terapia. En nuestra opinión, si se producen dos fracasos de tratamiento, lo prudente sería remitir al paciente a un experto en infección por *Helicobacter pylori*. Probablemente en estos casos, si la indicación es controvertida, lo más prudente sea parar y no continuar intentando erradicar la infección. Por otra parte, también pensamos que la información sobre estos casos debería recogerse sistemáticamente: compartir la experiencia facilitará detectar precozmente patrones de resistencias.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

● Importante ●● Muy importante

✓ Metaanálisis ✓ Artículo de revisión
✓ Ensayo clínico controlado ✓ Guía de práctica clínica
✓ Epidemiología

1. Monés J, Gisbert JP, Borda F, Domínguez-Muñoz JE. Indicaciones, métodos diagnósticos y tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori*. Recomendaciones de la II Conferencia Española de Consenso. Rev Esp Enf Dig. 2005;97:1-16.
2. Chey WD, Wong BCY. American College of Gastroenterology Guideline on the Management of *Helicobacter pylori* infection. Am J Gastroenterol. 2007;102:1-18.
3. ●● Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C, Bazzoli F, El-Omar E, Graham D, et al. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht III Consensus Report. Gut. 2007;772-81.
4. Gomollón F, Valdepérez J, Garuz R, Fuentes J, Barrera F, Malo J, et al. Cost-effectiveness analysis of 2 strategies of *Helicobacter pylori* eradication: results of a prospective and randomized study in primary care. Med Clin (Barc). 2000;115(1):1-6.
5. Luther J, Higgins PD, Schoenfeld PS, Moayyedi P, Vakil N, Chey WD. Empiric quadruple vs. triple therapy for primary treatment of *Helicobacter pylori* infection: Systematic review and meta-analysis of efficacy and tolerability. Am J Gastroenterol. 2010;105(1):65-73.
6. ● Gisbert JP, Calvet X, Gomollón F, Monés J. Tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori*. Recomendaciones de la II Conferencia Española de Consenso. Med Clin (Bcna). 2005;125:301-16.
7. Gisbert JP, Martín de Argila de Prados C. Úlcera péptica e infección por *Helicobacter pylori*. En: Ponce J, Castells A, Gomollón F, editores. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. 3ª ed. Barcelona: Elsevier España S.A.; 2011. p. 109-22.
8. ●● Gisbert JP. Rescue therapy after *Helicobacter pylori* eradication failure. Gastroenterol Hepatol. 2011;34(2):89-99.
9. Saad RJ, Schoenfeld P, Kim HM, Chey WD. Levofloxacin-based triple therapy versus bismuth-based quadruple therapy for persistent *Helicobacter pylori* infection: a meta-analysis. Am J Gastroenterol. 2006; 101(3):488-96.