



FEAD
FUNDACIÓN ESPAÑOLA
DEL APARATO DIGESTIVO



TRATAMIENTO – *Helicobacter pylori*

Ante todo, queremos anunciar que la información recogida en este apartado NO sustituye a la valoración del médico que presta la asistencia, quien adecuará los regímenes de tratamiento e indicaciones a cada paciente.

La infección por el *Helicobacter pylori* se ha relacionado con la gastritis crónica, la úlcera péptica y el cáncer gástrico. Se estima que el 50% de la población en nuestro país presenta esta bacteria.

Dada la magnitud de la patología asociada a este germen, se han organizado a lo largo de los últimos años, reuniones de expertos a nivel nacional e internacional para abordar el problema, estableciendo unas recomendaciones de tratamiento que se plasman en diferentes guías. En el caso de España, el último documento ha surgido de la IV Conferencia Española de Consenso sobre el tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori* publicado en 2016. En el se han realizado modificaciones sobre el consenso previo atendiendo a un problema de gran importancia como son las resistencias antibióticas del germen. Por eso se dan unas pautas de tratamiento, que a priori tienen una mayor tasa de eficacia frente al *Helicobacter pylori*, optimizando el uso de estos fármacos.

A quien tratar:

En la III Conferencia Española de Consenso sobre el tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*, se hacen unas recomendaciones sobre a quién ofrecer el tratamiento, que se mantienen en la actualidad:

- En los pacientes con úlcera péptica e infección por *H. pylori*.

- En los pacientes con dispepsia no investigada menores de 55 años y sin síntomas ni signos de alarma con infección por la bacteria como primer escalón.
- En los pacientes con dispepsia funcional e infección por *H. pylori* como estrategia terapéutica.
- En aquellos pacientes que van a requerir tratamiento con antiinflamatorios o ácido acetilsalicílico de manera continuada no se recomienda investigar y tratar sistemáticamente la infección por *H. pylori*. En aquellos pacientes con antecedentes de úlcera que van a requerir tratamiento con AINE o AAS de manera continuada se recomienda investigar la infección por *H. pylori* y realizar tratamiento.
- En pacientes con linfoma MALT gástrico de bajo grado con infección de la bacteria realizar tratamiento erradicador como primera opción terapéutica.
- En pacientes con resección quirúrgica o endoscópica de un cáncer gástrico se recomienda investigar y tratar la infección por *H. pylori* como prevención de la recidiva neoplásica.
- En los familiares de primer grado de los pacientes con cáncer gástrico se recomienda investigar y tratar la infección por *H. pylori*.
- En pacientes con atrofia mucosa gástrica o metaplasia intestinal asociada a infección por *H. pylori*.
- En pacientes que van a requerir tratamiento con IBP de manera continuada no se recomienda investigar sistemáticamente la infección por *H. pylori*.
- En pacientes con anemia ferropénica de causa no aclarada se recomienda investigar y tratar la infección por *H. pylori*.
- En pacientes con púrpura trombocitopénica idiopática se recomienda investigar y tratar la infección por *H. pylori*.
- En pacientes con déficit de vitamina B12 no explicable por otras causas se recomienda investigar y tratar la infección por *H. pylori*.

- En pacientes con rosácea no se recomienda investigar y tratar la infección por *H. pylori*.
- En pacientes con urticaria crónica no se recomienda investigar y tratar la infección por *H. pylori*.
- A todo paciente diagnosticado de infección por *H. pylori* se recomienda ofrecer tratamiento erradicador.

¿Cual es el objetivo del tratamiento?

Evidentemente es resolver la infección por la bacteria, es decir, eliminarla en el 100% de los casos tratados. Pero esto es un objetivo que no siempre se consigue en la práctica diaria, debido al desarrollo de resistencia a los antibióticos por parte de la bacteria.

Uno de los fármacos que más problemas plantea en la práctica diaria es la Claritromicina, ya que llega a presentar en algunas zonas tasas de resistencias de hasta el 20-25%, haciendo invalidas las pautas que la emplean en esas áreas.

Actualmente se aconseja, siguiendo las recomendaciones de los consensos nacionales e internacionales, que un tratamiento erradicador sea considerado efectivo cuando sea capaz de curar la infección por *H. pylori* mayor o igual al 90%, siendo optimo más del 95%. De aquí que se hayan cambiado las pautas de tratamiento empírico.

Lo ideal sería conocer la susceptibilidad del germen que presenta cada paciente, realizándose un cultivo y un antibiograma para dirigir el tratamiento específico. Pero esto no es viable en la practica diaria, ya que se precisarían estudios invasivos para obtener la muestra y la dificultad para cultivar este germen en el laboratorio. Por eso se aplican unas pautas generales que a priori

deben conseguir el objetivo buscado de la eliminación del germen, es decir, tratamientos empíricos.

Factores que influyen en el éxito del tratamiento:

Como en cualquier tratamiento que instauramos en una patología existen:

A. Factores del paciente:

- Aquí lo más importante es el cumplimiento de la pauta de tratamiento como se indica, tanto en dosis como en tiempo de duración.
- Presencia de alergias a fármacos que impidan el uso de antibióticos a priori con mayor sensibilidad.

B. Factores del *H. pylori*:

- Si presenta o no resistencias antibióticas y a qué fármaco.

C. Factores farmacológicos:

- Tipo de antibiótico utilizado.
- Pauta de administración.
- Efectos secundarios o no deseados de los mismos (ej: sabor metálico en el uso del metronidazol)

Pautas de tratamiento:

No es el objeto de este documento enumerar todas las pautas de tratamiento recomendadas entrando en las distintas indicaciones o situaciones del paciente. Este documento NO sustituye al criterio del médico que le presta asistencia.

La pauta más importante es utilizar aquello que conocemos que funciona en el área sanitaria donde estemos realizado el tratamiento. Así, según las tasas de resistencias locales del *Helicobacter pylori*, se pueden recomendar pautas de fármacos más clásicas o antiguas si tiene un porcentaje de éxito mayor o igual al 90-95%. Por esto es importante que de forma local se tengan registros de eficacia de las diferentes estrategias terapéuticas.

Como tratamiento se usan antibióticos asociados a un Inhibidor de la Bomba de Protones (IBPs) como es el omeprazol, pantoprazol, esomeprazol, etc.

Según el IV Consenso Español, la opción de tratamiento empírico de primera elección es la que emplea 4 fármacos: IBPs (omeprazol o derivados) junto a antibióticos (dos o tres tipos según la pauta) asociados o no al uso de bismuto; durante 14 días. No debiendo olvidarse lo apuntado en párrafos anteriores sobre la sensibilidad local de cada centro y las peculiaridades de cada paciente.

¿Por qué se usa omeprazol o derivados en el tratamiento del *H. pylori*?

El estómago tiene un pH ácido, entorno a 3-4 en los adultos. Conocemos que el *H. pylori* sobrevive en un ambiente ácido entre 4-8, siendo su pH ideal entorno a 6 o algo superior, ya que a ese nivel de acidez es cuando es capaz de replicarse (reproducirse y formar más bacterias). Sabemos que los antibióticos son más eficaces en la fase en la que se está replicando la bacteria. Por este motivo usamos fármacos de la familia del omeprazol, ya que conseguimos que el pH del estómago suba, induciendo a la bacteria a cambiar y entrar en fase replicativa que es la más vulnerable frente a los antibióticos subiendo nuestras posibilidades de éxito para eliminarla.

¿Es recomendable asociar el uso de probióticos?

Según los datos actuales no hay evidencia científica para recomendarlos de forma generalizada, precisando que se realicen más estudios. Aunque están apareciendo datos que apoyan que el empleo de determinadas cepas, como el *Lactobacillus reuteri gastrus*, ya que parecen mejorar las tasas de erradicación. No solo ayudan a aliviar las molestias secundarias a la alteración de la flora intestinal por la antibioterapia, si no que tienen un efecto directo sobre la

cinética del *H. pylori* aportando un efecto sinérgico junto a los antibióticos aumentando los porcentajes de eliminación de la bacteria.

Dr. Antonio M. Moreno García
Especialista de la Fundación Española de Aparato Digestivo
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.