

CARTA AL DIRECTOR**Helicobacter pylori: ¿lo tratamos de acuerdo a las evidencias?****Helicobacter Pylori: Do we Treat it According to Evidence?**

Dr. Marcos Félix Osorio Pagola.

Especialista de II Grado en Gastroenterología. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. MSc. en Enfermedades Infecciosas. Profesor Auxiliar. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos.

Terminal Professional Degree in Gastroenterology. Second Professional Degree in General Medicine. MSc. in Infectious Diseases. Associate Professor. Dr. Gustavo Aldereguía Lima General University Hospital. Cienfuegos.

Sr. Director:

Nosotros vemos el tratamiento del *Helicobacter pylori* con interés y preocupación. Nuestros colegas de diferentes especialidades lo indican y el colectivo de gastroenterólogos evalúa a muchos pacientes que acuden eventualmente a realizarse pruebas endoscópicas o a consulta refiriendo haber sido tratados con omeprazol junto con antibióticos en diferentes esquemas o con otros medicamentos en terapias anti-*Helicobacter pylori* (Hp).

No debemos incurrir en una mala práctica al realizar el tratamiento de esta infección bacteriana debido, entre otros motivos, al desarrollo de resistencia por el microorganismo frente a los antibióticos específicos, el coste de dichas terapias, las reacciones adversas producidas por los antibióticos que a veces se deben emplear en más de un ciclo debido a la persistencia de la infección y lo que es peor, imponer tratamiento empírico sin la evidencia de que existe la infección y sin tener en cuenta la enfermedad digestiva que tiene el paciente. En resumen, sin adhesión al criterio de expertos.

Es importante guiarnos por las sugerencias emanadas de las reuniones de consenso que se han efectuado por los grupos de expertos, principalmente el Grupo Europeo

para el estudio del *Helicobacter pylori* (GEEH) y las Guías del Colegio Americano de Gastroenterología. La revista Gut en su volumen 61 del año en curso muestra un artículo titulado "Manejo de la infección por Hp" que resume el Reporte del Consenso de Florencia o Maastricht IV ⁽¹⁾ donde un grupo constituido por 44 expertos de 24 países formaron tres grupos de trabajo y examinaron aspectos relacionados con dicha infección, los cuales deben ser revisados y tomados en cuenta por nuestros profesionales.

Haremos referencia brevemente a algunos aspectos del tratamiento reseñados en este último consenso:

los datos más recientes muestran que la tripleterapia que incluye un inhibidor de la bomba de protones (IBP), claritromicina, amoxicilina o metronidazol ha perdido un poco de eficacia y ha permitido la cura de sólo un máximo de 70 % de los pacientes, por debajo del 80 % que debe esperarse como mínimo para una enfermedad infecciosa. ⁽²⁾

En nuestro medio no se conoce el estado de resistencia a antibióticos por el Hp y no se emplea habitualmente la claritromicina como parte de la tripleterapia.

Nosotros utilizamos con mayor frecuencia la tripleterapia: meprazol, amoxicilina y metronidazol o tetraciclina en pacientes alérgicos a los antibióticos

Recibido: 21 de abril de 2012

Aprobado: 4 de mayo de 2012

Correspondencia:

Marcos Félix Osorio Pagola

Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima.

Calle 51 A y Ave 5 de Septiembre.

Cienfuegos. CP: 55 100.

Dirección de correo electrónico: marcos.osorio@gal.sld.cu

betalactámicos, durante 10 a 14 días y frente al fallo de la anterior se emplean cuatro medicamentos: IBP, sales de bismuto (Q-ulcer), amoxicilina o tetraciclina más metronidazol.

Muchos datos han sido obtenidos con el tratamiento nombrado secuencial que incluye un IBP y amoxicilina por cinco días, seguida de IBP, claritromicina y metronidazol o tinidazol por cinco días,⁽¹⁾ y es una alternativa a la triple y cuádruple terapia. Se han propuesto terapias ultracortas con lanzoprazol, azitromicina y tinidazol.

La terapia de rescate frente a la resistencia bacteriana debe estar basada en pruebas de sensibilidad a los antibióticos. Una alternativa a la terapia de rescate normal es utilizar un IBP, levofloxacina y amoxicilina.⁽³⁾ Otras opciones de tercera línea y terapia secuencial incluyen regímenes basados en furazolidona y rifabutin.⁽⁴⁾

Ante la recomendación de erradicar el Hp en pacientes con dispepsia no ulcerosa investigada y con dispepsia no

investigada debemos recordar lo expresado por el profesor González-Carbajal: emitir una recomendación general de tratar con terapia de erradicación del Hp, a todos los pacientes dispépticos que tienen la infección sin siquiera estudiarlos, implica sencillamente el peligro real de dilatar el diagnóstico de una enfermedad benigna o maligna, que puede ser en ocasiones de localización extradigestiva, sin una justificación razonable.⁽⁵⁾

El diseño de protocolos de investigación será la vía para disponer de evidencias en el futuro respecto a los esquemas terapéuticos más efectivos en nuestro medio.

En la actualidad debemos tomar conciencia sobre el uso racional de los medios diagnósticos y los medicamentos. Hay que concentrar la búsqueda y tratamiento del *Helicobacter pylori* en aquellas enfermedades donde existe beneficio basado en la evidencia, evitando la tendencia al uso indiscriminado de los antibióticos que se observa en la práctica diaria y que contribuye a la creciente resistencia bacteriana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Malfertheiner P, Megraud F, O´Morain CA, Atherton J, Axon TR, Bazzoli F, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection—the Maastricht IV/ Florence Consensus Report. *Gut*. 2012;61:646-64.
2. Graham DY, Fischbach L. *Helicobacter pylori* treatment in the era of increasing antibiotic resistance. *Gut*. 2010;59:1143-53.
3. Seng-Kee Ch, Feng-Woei T, Ping-IH, Deng-Chyang W. A new look at anti-*Helicobacter pylori* therapy. *W J Gastroenterol*. 2011;17(35):3971-5.
4. O´Connor A, Gisbert JP, McNamara D, O´Morain C. Treatment of *Helicobacter pylori* Infection. *Helicobacter*. 2010;15(Suppl 1):46-52.
5. González-Carbajal Pascual M, Martínez Leyva L. MAASTRICHT III y dispepsia: Razones para una discrepancia. *Rev Cubana Med[revista en Internet]*. 2008[citado 22 May 2012];47(4):[aprox. 18 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232008000400012&lng=es.