



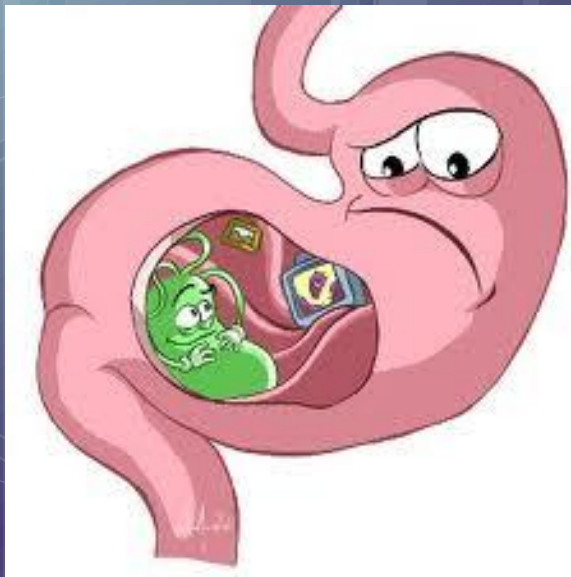
**CAMFiC**  
societat catalana de medicina  
familiar i comunitària

# Tractament HELICOBACTER PYLORI



*Helicobacter pylori*

©iStock.com/VLxxx



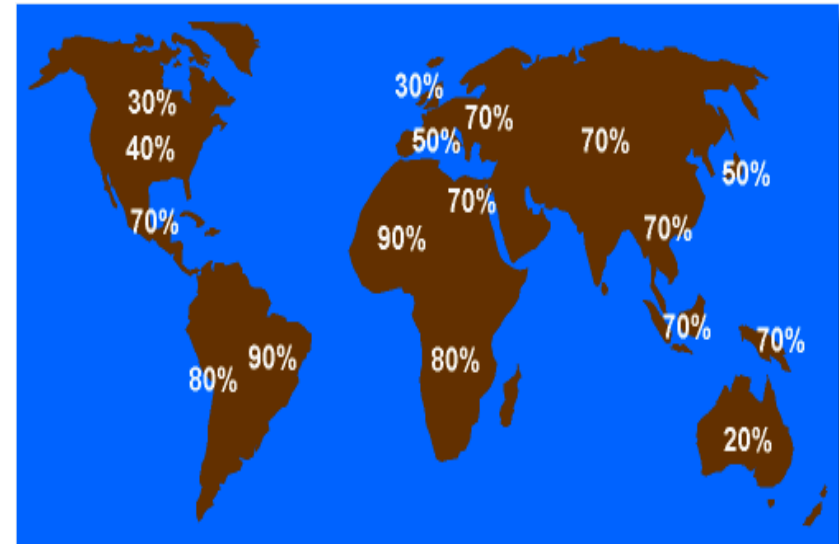
**Joan J. Cabré**

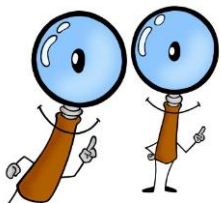
ABS Reus-1

**I Jornada d'Actualització en Malalties Infeccioses de la Vocalia de Tarragona de la CAMFiC. Tarragona, 20 de Novembre 2014**

# Epidemiologia Helicobacter:

- Prevalença mundial de la infecció de HP  
> **50%** (OMS; 2010)
- **Relacionat amb:**
  - Úlcera duodenal : 90%
  - Úlcera gàstrica :70%
  - Càncer gàstric :3%
  - MALT :0,01%
- La majoria dels pacients HP+ :  
**asimptomàtics.**





# ¿Quan pensar en la possible infecció per l' Helicobacter?:



EPIGASTRALGIA  
PIROSI  
DISPEPSIA

## Història clínica :

- Edat
- AP/AF: - Úlcera péptica, gastritis, ADC.
  - Cirurgia gàstrica
  - Infecció HP familiars.
- Epigastràlgia. Pirosi. Dispèpsia:
  - Distensió abdominal.
  - Sàcietat precoç.
  - Nàusees.
  - Vómits.
  - Pérdua de la gana

## Signes i símptomes d' alarma :

- Pérdua de pes.
- Vómits.
- Disfàgia.
- Sagnat digestiu.
- Massa abdominal palpable



DERIVAR  
(endoscòpia).

# Identificació de l' H.P.:

## OMS ACONSELLA PER A DISPEPSIA NO ESTUDIADA:

- Antisecretor → prevalença de H.P. baixa.
- Si >55 anys → Endoscòpia .

## RESTA, DECIDIR:

2 estratègies d'identificació inicial d'infecció:



Detecció + endoscòpia (***test and scope***)



Detecció + eradicació (***test and treat***)

(joves + dispèpsia, sense símptomes d'alarma: + cost-efectiva)

# Diagnòstic:

## 1, Proves no invasives:

 Test de l'alè amb urea  
marcada amb C13/C14:  
(Elecció si no endoscòpia)

○ Prova d'Antigens fecals  
(Elecció si anterior no possible)

○ Serologia  
(Estudis epidemiològics)

## 2, Proves invasives:

○ Test ràpid d'ureasa  
(Elecció si endoscòpia) 

○ Histologia (antre, si l' anterior es -)

○ Cultiu (investigació)

○ Enfoc molecular: PCR  
(experimental)

**Confirmar que no han pres:**  
- IBP en les 2 últimes setmanes .  
- ATB en les 4 últimes setmanes.

# Indicacions de tractament:

## ESTABLERTES:

Úlcera gàstrica, duodenal,  
Limfoma tipus MALT.  
Darrera resecció Ca.  
Gàstric.  
Gastritis atròfica.  
Dispèpsia no investigada  
AF de Ca. Gàstric.  
«*Desig del pacient*» (OMS 2011)

## CONTROVERTIDES:

MRGE  
Ús d'AINEs  
Anèmia ferropènica  
inexplicada




# Elecció de tractament:

## FACTORS A CONSIDERAR PER A TRIAR EL TRACTAMENT:

- Prevalença de la infecció.
- Prevalença de Ca. gàstric.
- Costos i pressupost disponible.
- Disponibilitat de bismut i endoscòpia.
- Resistència a antibiòtics.

**Altes resistències i el fracàs de la teràpia triple a Espanya → APRENDRE A MANEGAR NOVES COMBINACIONS**

- 
- Ètnia.
  - Al·lèrgies o intoleràncies medicamentoses.
  - Tract. anteriors i resultats.
  - Efectivitat de tract. locals.
  - Facilitat d'administració, dosis i durada del tract.
  - Efectes adversos

**Alta: suposar infecció H.P.**

# Pautes de tractament:

(Maastrich III)



1<sup>o</sup>ELECCIÓ

## IBP + 2 Antibiòtics: OCA :

Omeprazol 20mg + Claritromicina 500mg + Amoxicil·lina 1gr (cada 12 horas, 7 dies)

SI AL·LÈRGIA PENICIL·LINA

**OMC:** Omeprazol 20mg + Metronidazol 500 mg + Claritromicina 500mg. (cada 12 h durant 7 dies)

*Fracàs: 30% (Resistència a macròlids)*

2<sup>a</sup> ELECCIÓ

## **IBP (o Ranitidina Citrat Bismut)+ 2 ATB: (en desús):**

- Més barata però més difícil d'ingerir
- Taxes d'eradicació similars

7 dies : més cost-efectiva

10 dies: més eficaç



# Teràpia de rescat:

- Repetir tractament amb una combinació diferent.



- Tenint en compte Resistències

## **OLA:**

**IBP+ Amoxicil·lina 1 g/ 12h +  
Levofloxacino 500 mg /12h \*  
10 dies.**



- MILLOR TOLERAT QUE LA QUÀDRUPLE TERÀPIA.

- IBP 20 mg/12h + tetraciclina 500 mg/6h + bismut 240 mg/6h + metronidazol 500 mg/8h \* 10-14 dies.



- Taxes d'eradicació 87%  
(altres tts 70-85%)  
( Maastrich III: 2<sup>o</sup> opció)

## Altres alternatives:

- **TRIPLE-TERÀPIA : Allargar-la a 14 dies?**
- **Teràpia seqüencial: Metaanàlisi (Itàlia):**
  - 5 dies: omeprazol 20 mg+ amoxicil·lina 1g/12 h
  - 5 dies: IBP + claritromicina 500 + metronidazol 500/12h
- ***Teràpia concomitant. Es igual que la seqüencial però alhora durant 7 dies. Mateixa eficàcia.***
- **Reservar levofloxacino** per a pautes eradicadores **alternatives** quan fracassi la triple teràpia clàssica o les teràpies seqüencials.

LA ERADICACIÓ  
DEPEN DE  
L'ADHERÈNCIA AL  
TRACTAMENT

## Comprovar eradicació:

- Test de l'alè / Ag fecals: 1 mes darrera eradicació.
- Si úlcera gàstrica:  
Test de la Ureasa.

## Quan derivar?

- Si pacient > 50 anys
- Si presenta símptomes o signes d'alarma.
- Si fracàs de tt. mèdic / persistència de molèsties després de tt. adequat

OBJECTIU DEL TRACTAMENT  
ERADICADOR :  
**EVITAR LES RECURRENCIES DE LA  
MALALTIA ULCEROSA**

# Vacunes:



- Fase experimental.
- Mecanismes immunològics naturals a la mucosa digestiva.
- Buscar tècnica apropiada per a immunització oral.
- Resultats de treballs experimentals han confirmat que la immunització amb vacunes pot ser preventiu o terapèutic.

## ○ OMS: *Enfocament davant H.P.:*

- *A curt termini: Dx i tractament.*
- *A llarg termini: possible vacuna*

# PEDIATRIA:

Protocolo de diagnóstico y seguimiento de la infección por *Helicobacter pylori* en niños de la asociación española de pediatría.

## ERADICAR?

Cap cas d'adenocarcinoma descrit, però **poden desenvolupar a llarg termini lesions precanceroses**, i alguns nens infectats poden predisposar a linfoma MALT gàstric.

[http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/h\\_pylori.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/h_pylori.pdf)

- NO indicació d'eradicar **als pares** dels nens als qui s'ha eradicat HP.
- La relació d'infecció per ***H. P.* i dolor abdominal recurrent és controvertida.**

## ERADICACIÓ A FAMILIARS PROPERES ??

Dos assaigs clínics, NO demostren que sigui eficaç. **Nomès es recomana tractar el cònjuge en cas de múltiples resistències al tractament.**

Les taxes de reinfecció són tan altes que no es recomana la eradicació en famílies

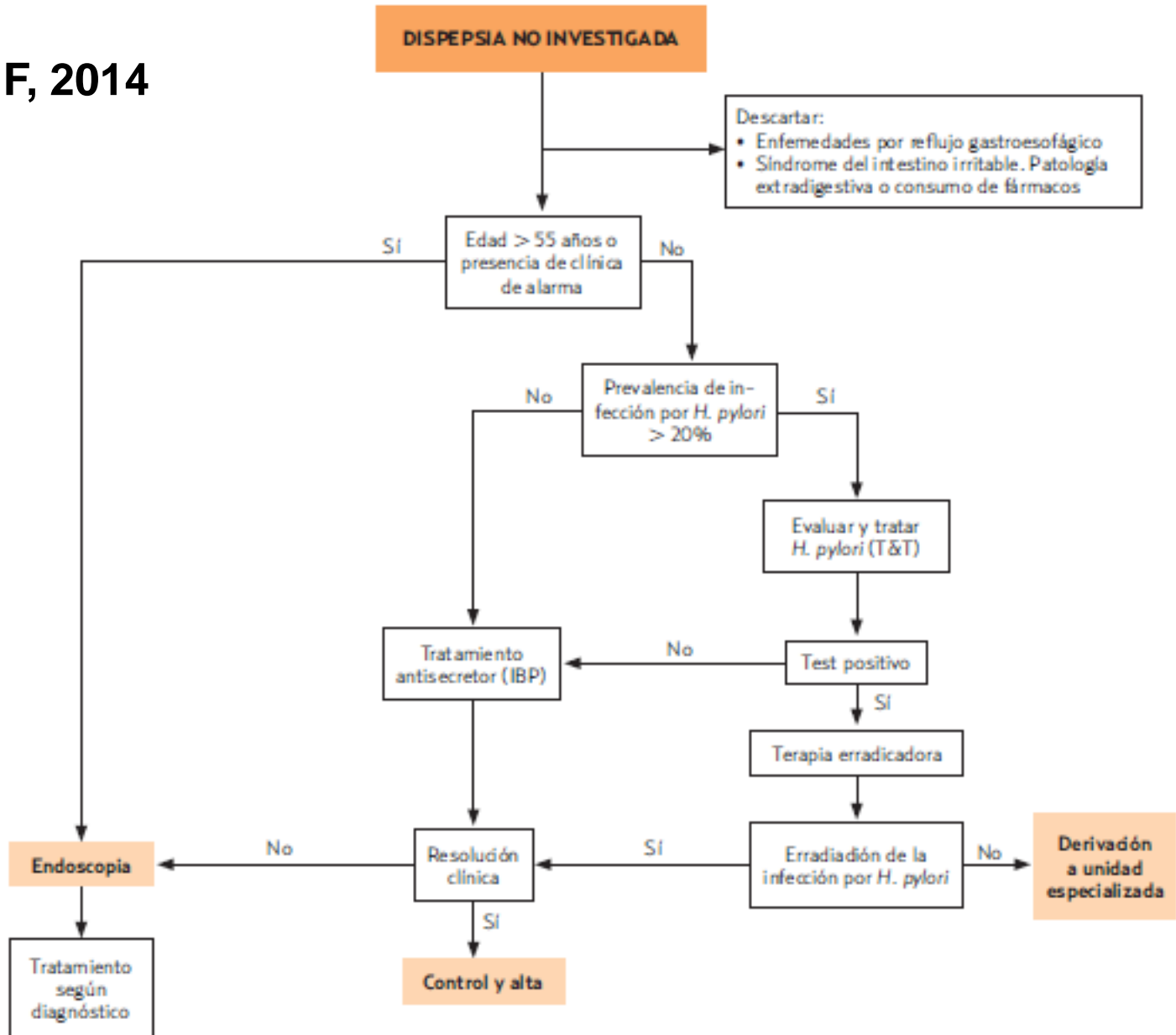
# Davant una dispèpsia:

- 1<sup>o</sup> : Història clínica
- 2<sup>o</sup> : Investigar la possible existència de una lesió o iniciar un tt. empíric.
- Al nostre medi 1<sup>o</sup>: **tract. empíric antisecretor** (cost-efectiu) 4 setmanes.
- Valorar : si els símptomes han remès → interrompre tractament.
- En el cas que els símptomes no millorin → segons SÍMPTOMES PREDOMINANTS:
  - **Si tipus dismotilitat** → procinètics 4 setmanes.
  - **Si tipus ulcerós** → doblar dosi dels IBP 4 setmanes.
- Valorar : si els símptomes han remès → ATURAR tractament.
- Si recidives simptomàtiques → endoscòpia o investigació del *H. pylori* i eradicació?.

FIGURA 1

Manejo general de la dispepsia no investigada

Algoritmo AMF, 2014



IBP: inhibidores de la bomba de protones; T&T: test and treat.



**TABLA 7**

## Terapias de erradicación de *H. pylori*

Tipo de terapia	Fármacos	Dosis	Duración (días)
Terapia triple clásica	IBP	Doble dosis <sup>a</sup> /12 h	10-14 días
	Amoxicilina <sup>b</sup>	1 g/12 h	
	Claritromicina	500 mg/12 h	
Terapia cuádruple no-bismuto	IBP	Dosis estándar/12 h	Secuencial: 5 días amoxicilina seguido de 5 días claritromicina+metronidazol Concomitante: 10-14 días
	Amoxicilina	1 g/12 h	
	Claritromicina	500 mg/12 h	
	Metronidazol	500 mg/12 h	
Terapia cuádruple clásica con bismuto	IBP	Dosis estándar/12 h	10-14 días
	Bismuto (subcitrato)	120 mg/6 h	
	Tetraciclina <sup>c</sup>	500 mg/6 h	
	Metronidazol	500 mg/8 h	
Terapia de rescate (fracaso)	IBP	Dosis estándar/12 h	10 días
	Amoxicilina	1 g/12 h	
	Levofloxacino	500 mg/12-24 h	

<sup>a</sup>Omeprazol 40 mg, lansoprazol 60 mg, pantoprazol 80 mg, rabeprazol 40 mg, esomeprazol 40 mg.

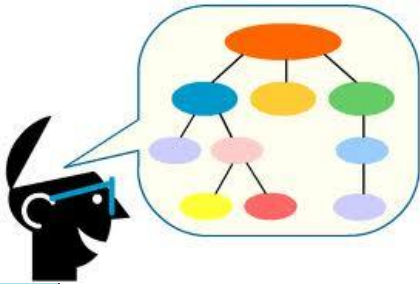
<sup>b</sup>Si alergia a penicilina, sustituir por metronidazol 500 mg/12 h o usar terapia cuádruple con bismuto.

<sup>c</sup>Usar doxiciclina 100 mg/12 h, si no se puede obtener tetraciclina clorhidrato/hidrocloreuro.

Adaptado de Gisbert JP<sup>®</sup> y de Malfertheiner P<sup>®</sup>.

IBP: inhibidor de la bomba de protones.





## Idees clau:

- Pensar en Infecció HP davant epigastràlgia, pirosi i dispèpsia persistent.
- Avaluar **símptomes** de dispèpsia : lleu o esporàdica → higiènic-dietètiques i/o tt. Simptomàtic puntual (antiàcids, anti-H<sub>2</sub> o IBP).
- **Descartar** signes i símptomes d'alarma.
- **Confirmar** que no s'han pres IBP ni ATB previs a la prova.
- **Proves d'elecció:**
  - Test de l'àlè amb urea marcada amb C13/C14
  - Test ràpid d'ureasa
- Si la **prevalença molt elevada**: suposar infecció i donar tract. empíric.
- Triple teràpia : 1<sup>o</sup> Elecció: **OCA.**; 2<sup>o</sup> Elecció : **OLA.**
- La pauta de **7 dies** és la més acceptada per la seva simplicitat, millor complimentació menor nombre d'efectes secundaris.



**CAMFiC**

societat catalana de medicina  
familiar i comunitària

AUTÈNTIC  
HELICOBACTER  
PYLORI



CÒPIA  
JAPONESA  
DEL HELICOBACTER



HELICOBACTER  
DE PEGA



HELICOBACTER  
BAILANDO  
SEVILLANES



HELICOBACTER  
CATALAN



TIOPEBACTER PYLORI



**Gràcies**

