

Diagnóstico de infección: resumen

- Diagnóstico inicial:

 - Invasivo:

 - T R U + Biopsias (a descartar?)

 - Cultivo (excepcionalmente)

 - No invasivo:

 - Test del aire espirado, serología, o antígenos en materia fecal



- Diagnóstico poserradicación:

Siempre aguardar al menos cuatro semanas sin medicación

Método ideal: test del aire espirado

Para invasivos: usar dos métodos

Serología: no es buena



Cómo tratar la infección?

CONDICIONES QUE DEBE REUNIR UN ESQUEMA DE ERRADICACIÓN:

- Eficacia ≥ 80 % (intención de tratar)
 - Buena tolerabilidad (< 5 % de deserciones por efectos adversos)
 - No inducción de resistencia bacteriana secundaria
-

Posibles causas de fracaso terapéutico

- Bajo acatamiento (compliance):
El grado de acatamiento es inversamente proporcional a la tasa de efectos adversos y a lo complicado del esquema
 - Resistencia bacteriana:
 - Primaria
 - Secundaria
-

Resistencia

- La resistencia frente a la amoxicilina y tetraciclina es prácticamente inexistente
 - El metronidazol muestra cifras altas y muy variables (10-90%), en Argentina 20-50%
 - La resistencia a claritromicina oscila entre 0 y 20%, en Argentina 0-5%
-

Esquemas de erradicación

- Ninguna monoterapia sirve
 - Los esquemas dobles (IBP + 1 atb) han caído en desuso por su bajo rendimiento
 - Hoy se acepta mundialmente la utilización de esquemas triples, o eventualmente cuádruples
-

Esquemas triples: Estudio MACH I

Esquema	APP	IdT
OAC 250	85,1%	79,5%
OAC500	98%	90,6%
OMC250	93,4%	89,7%
OMC500	92,5%	85,5%
OAM	81,6%	75,8%
OP	0,9%	0,9%

Datos de metanálisis

Huang JQ, Gastroenterology 1997

ESQUEMA	n	PP %	IDT %	EA %	A%
IBP-Cla 500-Amo	514	91	90	12	0
IBP-Cla 250-Amo	1236	87	84	14	0,2
IBP-Cla 500-Met	253	91	91	46	0
IBP-Cla 250-Met	1635	89	86	31	2,2
Cuádruple x 14	1006	95	87	33	6,3
Cuádruple x 7	611	95	90	36	5,7

Erradicación: experiencia en el Hospital Alemán

Esquema	%E (IdT)	%EA
P-A-C 7 (130 pac)	83,9 (78-90)	22,3 (15-29)
RBC-C-T 7 (64 pac)	85,9 (77-94)	15,6 (7-25)
P-T-M-B 7 (90 pac)	84,4 (77-92)	26,4 (18-35)
P-A-L 7 (44 pac)	86,4 (76-96)	18,2 (7-30)

¿Cómo tratamos entonces?

1º Línea de Tratamiento:
IBP+AMO+CLA
(triple convencional)

¿Ante fracaso?

- Ante el fracaso de 1 ó más esquemas no utilizar nuevamente antibióticos capaces de generar resistencia: claritromicina, metronidazol (salvo eventualmente terapia cuádruple)
 - Antibiograma?
-



2º Línea de Tratamiento:

IBP+MET+TET+BIS

(terapia cuádruple)



¿Y qué hacer ante un segundo fracaso?

3^o (2^o?, 1^o?) Línea de Tratamiento:

IBP + AMO + LEVO

Tratamiento “a medida”

- Elección de antibióticos de acuerdo a prevalencia local de resistencia, y a historia del paciente (erradicación fallida, otros tratamientos antibióticos)
 - Duración del tratamiento: en algunos casos puede prolongarse a 14 días
-

Tratamiento de la úlcera asociada a *H. pylori*: resumen

- El factor determinante de la evolución de la enfermedad ulcerosa es el diagnóstico y tratamiento de la infección por *H. pylori*
 - La erradicación del *Helicobacter pylori* logra *per se* la curación del cráter ulceroso, pero solemos completar 4 a 8 semanas de tratamiento con medicación inhibidora de la producción ácida
-

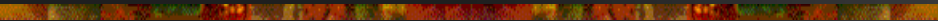

A collection of various colorful pills and capsules scattered on a dark blue background. The pills include white, blue, red, yellow, pink, and purple tablets and capsules of different shapes and sizes. Some have markings like '500' or '100' on them.

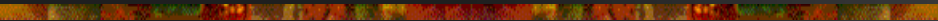

Úlcera péptica y AINEs

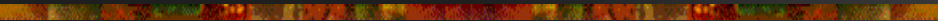

Daño gastroduodenal por AINE's

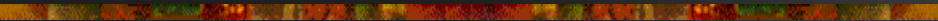

- Los AINE's dañan la mucosa gástrica por dos mecanismos distintos e independientes:
 - 1) Lesión primaria o directa, mediada por el efecto tópico irritante de la droga
 - 2) Lesión secundaria, indirecta o sistémica, dependiente fundamentalmente de la inhibición de la síntesis de prostaglandinas
-

- El daño tópico se relaciona con lesiones agudas de la mucosa (erosiones, petequias y hemorragias) de aparición rápida y frecuente, pero de escaso significado clínico
- El daño sistémico se relaciona en cambio con la génesis de la úlcera péptica y de sus complicaciones
- Puede existir una disociación entre lesiones superficiales y profundas

- 
- Sometidos a endoscopía, el 50% de los tomadores crónicos de AINE's presentará lesiones agudas, del 5 al 30% mostrará úlceras, y sólo el 30% un hallazgo normal
 - Los AINE's no sólo dañan el estómago y el duodeno, probablemente el daño intestinal sea tan frecuente como el gastroduodenal
- 

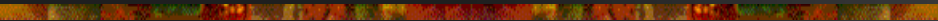

- 
- El uso de AINE's decuplica el riesgo de padecer úlcera péptica y sus complicaciones
 - Los AINE's son causa independiente de formación de úlceras, pero también pueden exacerbar una diátesis previa
 - Las úlceras por AINE's representan un enorme problema sanitario, dado el gran número de consumidores de analgésicos
- 

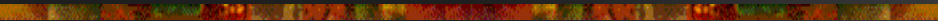

- 
- Dado que el peligro radica en su efecto sistémico, la administración de AINE's en comprimidos recubiertos o por vías distintas a la oral no disminuye el riesgo de efectos adversos
 - Si bien el daño es dosis dependiente, no existe dosis mínima segura de AINE's
- 

- 
- Conforman una población de riesgo aumentado para recibir AINE's los sujetos con historia previa de úlcera y sus complicaciones, los pacientes añosos, los que consumen altas dosis de AINE's o con corticoides, los anticoagulados, y muy probablemente los portadores de Hp
- 

Tratamiento de las úlceras asociadas a AINE's

- Son fáciles de curar si se suspende la ingesta de antiinflamatorios
 - El mejor gesto terapéutico para tratar las úlceras relacionadas con AINEs es suspender la ingesta del agente agresor!
-

- 
- Si los AINE's no pueden suspenderse las úlceras relacionadas con ellos suelen ser de difícil manejo, y habitualmente requieren dosis altas de IBP's, en ocasiones por períodos prolongados
- 

- 
- Se recomienda tratamiento profiláctico si el paciente que ha de recibir AINE's es mayor de 65 años, tiene un pasado ulceroso, tomará dosis altas de AINE's o ingerirá concomitante corticoides o anticoagulantes
- 

Recomendaciones generales

- Usar AINEs sólo cuando es necesario
 - Educar para evitar el uso inútil y el abuso
 - Usar AINEs en la menor dosis útil, por el menor tiempo posible, y dando prioridad a los compuestos menos lesivos para el aparato digestivo
 - No hay dosis mínima segura de AINEs
-

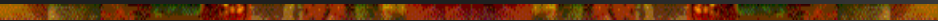

Hp y AINEs



Rol del Hp y los AINEs en la EUP

- Datos de metanálisis (Huang JQ, Sridhar S, Hunt RH. Lancet 2002; 359: 14-22)
 - La UP es más común que en tomadores de AINEs que en no tomadores, independiente del status de Hp (OR: 5,14; 1,35-19,6)
 - En tomadores de AINEs la UP no complicada fue significativamente más común en Hp+, que en Hp- (OR 2,12; 1,68-2,67)
-

- El riesgo de UP asociado a Hp (sin AINEs) arrojó un OR: 18,1 (2,64-124)
- El riesgo de UP asociado a AINEs (sin Hp) tuvo un OR: 19,4 (3,14-120)
- Comparando individuos Hp+/AINEs+ con otros Hp-/AINEs-, el riesgo de úlcera se incrementó por 61,1 (9,98-373)

- 
- En presencia de Hp, los AINEs aumentaron el riesgo de UP 3,55 veces (1,26-9,96)
 - En tomadores de AINEs el Hp aumentó el riesgo de UP 3,53 veces (2,16-5,75)
 - El riesgo de sangrado aumentó 1,79 veces con Hp y 4,85 veces con AINEs, pero cuando ambos están presentes 6,13 veces
- 

RCTs

- Existen estudios prospectivos aleatorizados en los que se aprecia un beneficio al erradicar Hp en tomadores de AINEs, pero la calidad de evidencia que aportan no es óptima
 - Probablemente la ventaja de erradicar exista, pero el impacto no debe ser grande y quizás tampoco universal
-



Gracias!

