

SOBRE LA DISPEPSIA

1.1. Tratamiento empírico de la dispepsia

Una revisión sistemática de la Cochrane Library en el año 2001 compara distintas estrategias de manejo:

- a) fármacos antisecretores-procinéticos y endoscopia para los no respondedores
- b) endoscopia de entrada
- c) test de *Hp* y endoscopia en los positivos
- d) erradicación del *Hp* en los positivos y evaluar respuesta.

De las 2.290 referencias iniciales, sólo 12 ensayos fueron utilizados para el análisis al cumplir los requisitos exigidos, de los cuales 8 se incluían en la estrategia a), 4 en la b) y ninguno de ellos en las c) y d). Todos ellos eran ensayos controlados y randomizados.

Los estudios que comparan la investigación precoz con endoscopia, frente al tratamiento empírico con antisecretores-procinéticos durante 8 semanas, no encuentran diferencias significativas en cuanto a calidad de vida y persistencia de síntomas en un año de seguimiento. Sí hubo diferencias en el coste, siendo mayor en el grupo investigado. Según Laheij et al, en un estudio controlado y randomizado con 80 pacientes, el tratamiento empírico puede disminuir la necesidad de endoscopia hasta en un 68%.

1.2. Demora de la endoscopia

El temor del médico es que la demora en la realización de la endoscopia impida el diagnóstico precoz de patología maligna y que incida negativamente en el tratamiento y pronóstico del paciente.

Utilizando los criterios internacionalmente aceptados, entre los que se incluye la edad (menos de 45 años) y síntomas de alarma, son muchos los estudios que ensayan el tratamiento empírico previo a la investigación endoscópica.

Una revisión sistemática de la literatura realizada por Ofman en 1999, en la que se incluyeron 21 artículos válidos, muestra que la endoscopia precoz no parece tener mucha utilidad en el manejo de la dispepsia comparada con el tratamiento empírico. Es decir, la demora en la realización de la endoscopia en pacientes menores de 45 años y sin síntomas de alarma que son sometidos a tratamiento empírico, no cambia el pronóstico de su enfermedad ni la duración de los síntomas.

En este grupo de pacientes, la probabilidad de que exista neoplasia gástrica es muy pequeña (menor del 1%). Por otra parte, en un estudio de Holdstock y Bruce sobre 483 pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico, se pudo comprobar que la demora en la realización de la endoscopia no hizo cambiar ni el pronóstico ni la proporción de cánceres precoces diagnosticados.

SOBRE LA DISPEPSIA FUNCIONAL

2.1. Tratamiento farmacológico en la dispepsia funcional

La dispepsia funcional no tiene un tratamiento específico ni definitivo. Se han probado muchos fármacos con desigual resultado, estimándose un costo anual de 450 millones de libras en el Reino Unido. En la revisión de la literatura publicada en la Cochrane Library en 2001 se analiza la efectividad de distintos fármacos empleados para aliviar los síntomas dispépticos: antiácidos, anti-H₂, IBP, procinéticos, protectores de mucosa y antimuscarínicos. De un total de 11.775 trabajos, sólo 144 cumplían los criterios de validez, todos ellos controlados y randomizados. Los resultados pueden resumirse en:

- a) Antiácidos: sólo se obtuvo un único trabajo válido con 109 pacientes. No existieron diferencias significativas frente a placebo, por lo que no hay evidencias para recomendar este tipo de tratamiento en el dispéptico funcional.
- b) Anti-H₂: los estudios son más numerosos, e incluyen un total de 1.225 pacientes. La reducción del riesgo relativo (RRR) fue del 30% frente a placebo. Por tanto, hay cierta evidencia de que los anti-H₂ son útiles en el tratamiento del dispéptico funcional.
- c) IBP: sobre un total de 1.248 pacientes, el RRR fue del 12% para el omeprazol. No se ha evaluado ningún otro IBP en la dispepsia funcional.
- d) Procinéticos: sobre 949 pacientes, la mayoría usó cisaprida, que mostró un RRR del 50%. Sólo se incluyó un estudio válido con domperidone y ninguno con metoclopramida. La cisaprida se consideraba el mejor tratamiento para la dispepsia, con las mejores evidencias en este sentido. Sin embargo, ya se ha comentado la restricción de su uso debido a los efectos adversos cardiovasculares.
- e) Sucralfato: no existen evidencias de que sea superior a placebo en la dispepsia funcional. También se analizan estudios enfrentando dos tipos de fármacos: Anti-H₂ frente a procinéticos; los procinéticos se mostraron más eficaces, pero no hubo diferencias significativas. En un meta-análisis publicado en 1998 por Finney, se muestra la superioridad de los procinéticos pero se necesita de estudios más prolongados y con más pacientes para sustentar esta afirmación.

Conclusiones:

Las evidencias demuestran que los procinéticos son los fármacos más eficaces en el tratamiento de la dispepsia funcional. Sin embargo, esta evidencia no es del todo consistente, dada la variabilidad de los estudios en que se basa (con pocos pacientes cada uno) y el alto efecto placebo que existe en esta enfermedad. A falta de cisaprida, el domperidone y la cinitaprida quedan como la alternativa, aunque han sido menos estudiadas. Los anti-H₂ son los fármacos más

y mejor estudiados y un poco menos eficaces que los procinéticos. El omeprazol ha sido ensayado en los estudios OPERA y BOND tanto a dosis de 10 mg como a 20 mg frente a placebo. Su eficacia es ligeramente superior a placebo y no tan evidente como los anti-H₂. Meta-análisis de Shiau JY et al. January 2002.

2.2. *Helicobacter pylori* en la dispepsia funcional

El descubrimiento del papel patogénico del *Hp* en la patología digestiva ha hecho inevitable que se le intente relacionar con la génesis de los síntomas en la dispepsia funcional. Por otra parte, las distintas estrategias de manejo de la dispepsia no investigada han comenzado a incluir el análisis del *Hp* en su árbol de decisión tanto para seleccionar pacientes para endoscopia como para realizar un tratamiento empírico. Estas estrategias tienen varios problemas: la prevalencia del *Hp* en la DF es similar a la de la población general, el *Hp* no puede ser considerado como causa de DF, y la erradicación del *Hp* no mejora los síntomas dispépticos.

Una revisión sistemática de la Cochrane Library de 2001 selecciona 48 trabajos de un total de 5.146 artículos. Sólo 12 cumplían los criterios establecidos para evaluar la eficacia de la erradicación en el alivio de los síntomas dispépticos. Del análisis de los datos se desprende que la erradicación puede aportar una discreta mejoría en los síntomas (9%), pero no suficiente como para recomendar esta terapia de modo generalizado. Además, ningún trabajo sigue al paciente más allá de 12 meses, por lo que la utilidad real puede ser menor.

En Med. Clin (Bar) 2002; 118(11):405_9. Javier P. Gisbert et al., realizan un meta-análisis de los estudios aleatorizados publicados, que comparan el efecto sobre la dispepsia funcional del tratamiento erradicador del *Hp* frente al tratamiento con fármacos sin efecto alguno sobre la infección. Concluyen que el tratamiento erradicador no se asocia con una mejoría estadísticamente significativa de los síntomas en los pacientes con dispepsia funcional.

Además del coste que supone la investigación, hay que tener en cuenta los efectos adversos de los antibióticos y las resistencias generadas.

Por todo ello, hoy en día, y sobre la base de la evidencia disponible, no está indicado investigar ni erradicar el *Hp* en los pacientes con dispepsia funcional.

2.3. Tratamiento psicológico en la dispepsia funcional

Aunque la DF no es una enfermedad psiquiátrica, existen evidencias de que el tratamiento psicológico mejora los síntomas dispépticos y que, incluso, puede ser superior en eficacia al tratamiento farmacológico convencional.

Un reciente estudio muestra que la psicoterapia mejora los síntomas en los pacientes dispépticos a corto plazo. Queda por determinar el coste de este tipo de terapias en comparación con el consumo de fármacos.

En cualquier caso, hay evidencias suficientes para afirmar que el paciente con dispepsia funcional puede beneficiarse de un tratamiento psicológico, especialmente aquéllos con mala respuesta a fármacos.

2.4. Cuestionario en la dispepsia funcional

El conocimiento de la efectividad y la eficiencia de los procedimientos médicos se basa cada vez más en el resultado de los estudios que evalúan la calidad de vida relacionada con el estado de salud. Se trata de entrevistas o cuestionarios que reflejan la salud desde la perspectiva del paciente, que es quien demanda los servicios. Los cuestionarios pueden dividirse en dos grandes grupos: genéricos y específicos. Los genéricos tienen la ventaja de comparar el impacto que diferentes enfermedades tienen sobre el estado de salud, permitiendo obtener valores de referencia poblacionales. La utilidad de estos instrumentos depende de su fiabilidad y validez, así como de la interpretabilidad clínica. El más utilizado en Estados Unidos es el SF-36, que comienza a extenderse por todo el mundo. Se trata de un cuestionario de 36 ítem que abarcan 8 dimensiones del estado de salud, generando un índice global. La versión española del SF-36 fue obtenida mediante un estudio protocolizado por la International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project en 1995. Posteriormente, fue validado para la población española mediante un estudio poblacional publicado en 1998 por el mismo grupo, existiendo otros grupos de enfermedades en los que también se ha aplicado. La puntuación obtenida por un paciente nos puede dar idea de cómo la enfermedad repercute en su calidad de vida, permitiendo valorar la respuesta al tratamiento.

Existen cuestionarios de calidad de vida mixtos (genéricos y específicos) como el Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI), recientemente validado en su versión española, con resultados similares al SF-36.

Por último, entre los cuestionarios específicos cabe destacar el Glasgow Dyspepsia Severity Score, focalizado en síntomas del tracto digestivo superior y utilizado en la dispepsia funcional. Más que medir la calidad de vida, mide la intensidad de los síntomas dispépticos a través de 8 ítem, y puede servir para el control del tratamiento en casos más complicados.

Este grupo recomienda el cuestionario SF-36 para valorar la calidad de vida, y el Glasgow Dyspepsia Severity Score, en su versión en castellano, para el control del tratamiento midiendo la intensidad de los síntomas.

CUESTIONARIO DE SALUD SF 36

VERSIÓN ESPAÑOLA 1.4 (JUNIO 1999)

INSTRUCCIONES

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca mas cierto.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general usted diría que su salud es:

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS
QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita coger o llevar la bolsa de la compra?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita subir varios pisos por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU
TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS

13. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
- 1 Sí
2 No
16. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó mas de lo normal), a causa de su salud física?
- 1 Sí
2 No
17. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- 1 Sí
2 No
18. Durante las 4 últimas semanas ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- 1 Sí
2 No
19. Durante las 4 últimas semanas ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- 1 Sí
2 No
20. Durante las 4 últimas semanas ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
- 1 Nada
2 Un poco
3 Regular
4 Bastante
5 Mucho
21. Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
- 1 No, ninguno
2 Sí, muy poco
3 Sí, un poco
4 Sí, moderado
5 Sí, mucho
6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?.

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE ACERTADA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA ESCALA GLASGOW DYSPEPSIA SEVERITY SCORE:
(Monés y cols. REV ESP ENFERM DIG, 2001)

A) FRECUENCIA DE APARICIÓN DE SÍNTOMAS

¿Durante los últimos 6 meses con qué frecuencia ha tenido síntomas (molestias) digestivos?

Nunca	.0
Sólo 1 o 2 días	.1
Aproximadamente 1 día al mes	.2
Aproximadamente 1 día a la semana	.3
Aproximadamente la mitad de días	.4
Casi todos los días	.5

B) INFLUENCIA SOBRE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

¿Han influido los síntomas que padece para la realización de sus actividades normales como comer, dormir o realizar su vida social normal?

Nunca	.0
Algunas veces	.1
Normalmente	.2

C) INFLUENCIA EN EL TRABAJO

¿Cuántos días de trabajo ha perdido, debido a los síntomas que padece, durante los últimos 6 meses?

Ninguno	.0
Entre 1 y 7 días	.1
Más de 7 días	.2

D. CONSULTAS A MÉDICOS

¿Cuántas veces ha consultado por los síntomas digestivos que padece en los últimos 6 meses?

Ninguna	.0
Una	.1
Dos o más	.2

E. VISITAS MÉDICAS A DOMICILIO

¿Cuántas veces ha solicitado a su médico que acuda a visitarle a su casa por los síntomas digestivos, en los últimos 6 meses?

Ninguna	.0
Una	.1
Dos o más	.2

F. EXPLORACIONES DIGESTIVAS

¿Cuántas pruebas (exploraciones complementarias) le han realizado para el diagnóstico de los síntomas digestivos en los últimos 6 meses?

Ninguna	.0
Una	.1
Dos o más	.2

G. TRATAMIENTO

Durante los últimos 6 meses, cuántos días ha utilizado medicación que no le había prescrito un médico (automedicación) para mejorar sus molestias?

Ninguno	0
Menos de una vez por semana1
Más de una vez por semana2

Durante los últimos 6 meses, cuántos días ha utilizado medicación prescrita por su médico para sus síntomas digestivos?

Ninguna0
Durante 1 mes o menos1
Durante 1 a 3 meses2
Durante más de 3 meses3

SOBRE LA ÚLCERA GÁSTRICA

3.1 Diagnóstico de la úlcera gástrica

El diagnóstico de úlcera gástrica (al igual que el control posterior de su erradicación) se realizará mediante una gastroscopia con toma de muestras para Anatomía Patológica en las que se descarte malignidad. La toma de muestras de la úlcera deberá ser de un mínimo de 6 biopsias (del borde y el fondo), preferiblemente acompañado de citología de la lesión, ya que la asociación de ambas medidas aumenta la sensibilidad de la técnica para la detección de neoplasia.

Para la determinación de *Hp* mediante Clotest (test de la ureasa), se deberá tomar una muestra de antro, si bien en aquellos pacientes que se han sometido a pauta erradicadora, dado que el microorganismo puede emigrar a tramos proximales del estómago, se recomienda la toma de muestras de antro y cuerpo.

3.2 Tratamiento para la cicatrización de la úlcera gástrica

El fármaco de elección para la cicatrización de la úlcera gástrica es el omeprazol, a dosis de 20 mg /12 h, durante 4-6 semanas, habiendo demostrado mayor eficacia que la ranitidina o el resto de fármacos antiH₂. Existen menos estudios con otros fármacos inhibidores de la bomba de protones, como el lansoprazol, el pantoprazol o el rabeprazol. Si bien parecen ser tan eficaces como el omeprazol, por mejor relación coste/eficacia se recomienda el omeprazol.

Se deberá comprobar la cicatrización mediante una endoscopia, con toma de biopsia, para descartar la posibilidad de que se trate de un carcinoma gástrico ulcerado.

3.3 Tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori* en la úlcera gástrica

En los casos de úlcera gástrica asociada a *Helicobacter pylori*, está indicado el tratamiento erradicador del microorganismo. La pauta recomendada en nuestro medio es: omeprazol 20 mg + amoxicilina 1g + claritromicina 500 mg, todos ellos cada 12 horas durante 7 días.

Aunque existen menos estudios con otros fármacos inhibidores de la bomba de protones, como el lansoprazol 30 mg, el pantoprazol 40 mg o el rabeprazol, parecen ser tan eficaces como el omeprazol. Hoy en día, por mejor relación costo/eficacia se recomienda el omeprazol. En los casos de consumo concomitante de diazepam, nifedipino, warfarina, digoxina, fenitoína, y carbamacepina, debido a la actuación del omeprazol sobre el citocromo p450, y a la variación en los niveles plasmáticos de los citados fármacos, se recomienda el uso del pantoprazol. En casos de alergia a la penicilina, se sustituirá la amoxicilina por metronidazol 500 mg/12h, fármaco que no se considera de primera línea por contar con una tasa de resistencia de hasta un 25-30% en nuestro medio.

3.4 Tratamiento de la úlcera péptica complicada

En la úlcera péptica complicada (perforación, penetración, estenosis o hemorragia), ya sea duodenal o gástrica, se recomienda continuar con IBP tras la pauta erradicadora hasta completar las 4 semanas, para asegurar la cicatrización del *ulcus* en el porcentaje de pacientes en los que no se logra erradicar. Pero, cuando la úlcera es duodenal y no complicada, no es preciso este tratamiento de mantenimiento con IBP. En los casos de úlcera gástrica no complicada no hay suficiente evidencia al respecto, recomendando algunos autores, entre los que se encuentra este grupo, el mantenimiento durante 1 mes con IBP en las úlceras mayores de 1 cm, por tener, en ocasiones, una cicatrización más tórpida.

3.5 Control de la cicatrización de la úlcera gástrica

En toda úlcera gástrica es preciso controlar la cicatrización a través de la endoscopia y toma de biopsias.

Este control debe realizarse al menos tras 4-6 semanas de iniciado el tratamiento con IBP, e incluirá la realización de Clotest para comprobar la eficacia de la pauta erradicadora, advirtiendo al paciente previamente de la necesidad de dejar de tomar el IBP al menos 15 días antes para no producir falsos negativos.

3.6 Actuación en los casos de fracaso de la erradicación del *Helicobacter pylori*

Para los pacientes en los que ha fracasado la erradicación tras la primera pauta, se recomienda en nuestro medio, como pauta de rescate, el uso de IBP/12h + subcitrato de bismuto 120 mg/6h + metronidazol 500 mg/8h + tetraciclina 500 mg/6h durante 7 días, ya que esta pauta consigue tasas de erradicación cercanas al 95%. Para el pequeño subgrupo de pacientes en los que no se ha logrado la erradicación tras esta segunda pauta, se aconseja una nueva endoscopia con toma de biopsia para cultivo y antibiograma, que permita identificar las resistencias del *Hp*, así como la instauración de un tratamiento específico. No existe evidencia para los pacientes que no responden a este tratamiento específico, si bien algunos autores recomiendan un seguimiento clínico periódico ante el posible riesgo de nuevos brotes ulcerosos. Tras una pauta erradicadora, la comprobación del status *Hp* deberá realizarse al menos 4 semanas después ya que, si se hace antes, aumenta la tasa de falsos negativos.

3.7 Actuación en los casos de fracaso de la cicatrización

Las principales causas de ausencia de cicatrización en la úlcera péptica son la persistencia de *Hp*, el incumplimiento del tratamiento, el tabaquismo intenso y la toma subrepticia de AINEs, por lo que habrá que interrogar sobre estas cuestiones siempre que una úlcera persista tras el tratamiento antisecretores.

Posteriormente, está indicado un nuevo ciclo de otras 8 semanas de tratamiento con IBP/12h, con control endoscópico posterior de cicatrización. Si, tras este segundo ciclo de IBP, y excluidas las causas descritas de retraso en la cicatrización, persiste la úlcera, las posibilidades de que exista un cáncer gástrico subyacente no encontrado en las biopsias tomadas es grande, por lo que se recomienda un tratamiento quirúrgico.

SOBRE LA ÚLCERA DUODENAL

4.1. Tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori* en la úlcera duodenal

La prevalencia de la infección por *Hp* en la UD es muy alta, oscilando entre los diferentes países desde el 75% al 100%. En España se describen prevalencias superiores al 90% tanto en UD no complicada como en UD complicada.

Las pautas usadas en la actualidad combinan tres fármacos. Las pautas de dos fármacos tienen una tasa de erradicación inaceptablemente baja (establecida por consenso en > 90%) pudiendo inducir fácilmente resistencias bacterianas. Las de cuatro fármacos, debido a las dificultades de cumplimiento del tratamiento, se reservan como pautas alternativas o de rescate en casos de fracaso de las pautas de tres fármacos. La pauta triple que consigue mejores resultados de erradicación, cumplimiento y menores efectos secundarios se basa en el omeprazol y la claritromicina, siendo el tercer fármaco la amoxicilina o el metronidazol. Optar por uno u otro depende fundamentalmente de las posibles resistencias bacterianas al metronidazol, ya que no se han descrito resistencias del *Hp* a la amoxicilina, de la intolerancia digestiva y del coste, por lo que se prefiere en principio optar por la amoxicilina. Ambas son de administración cada doce horas durante una semana.

Un paciente con diagnóstico reciente o antiguo de UD no complicada, que no ha sido sometido a terapia erradicadora y que consulta por síntomas dispépticos o que está en tratamiento de mantenimiento con anti-secretores, debe tratarse con la triple terapia de erradicación del *Helicobacter pylori* durante 7 días:

- Omeprazol* 20 mg / 12 h.
- Claritromicina 500 mg / 12 h.
- Amoxicilina 1 gr / 12 h.

- * La eficacia de los diferentes inhibidores de la bomba de protones es equivalente. Se recomienda el omeprazol por su mejor relación costo/eficacia. (Si existe alergia conocida a la amoxicilina, ésta se sustituirá por el metronidazol).

4.2. Control de la erradicación del *Helicobacter pylori* en la úlcera duodenal

La decisión de optar por realizar al paciente con UD un test de *Hp*, frente a tratarlo sin saber si es positivo o no, y la no comprobación de la erradicación en pacientes asintomáticos, viene dada por el hecho de que la prevalencia de *Hp* en la úlcera duodenal es mayor de 95%, y que la erradicación se consigue entre un 70-90%. A esto se añade el hecho de que, en la actualidad, el test del aliento que sería de aplicación es caro, de escasa disponibilidad en AP, así como la falta

de estudios rigurosos que comparen las dos estrategias desde la perspectiva del coste/efectividad. Por tanto, dicha decisión se apoya en la opinión y no en la evidencia científica, y puede ser modificada en función de la variación en los costes del test y el desarrollo de resistencias bacterianas.

La prueba de detección de antígeno en heces (HpSA) tiene una sensibilidad similar al test del aliento pero menor especificidad. Es útil para el diagnóstico y el control post-tratamiento.

La serología en nuestro medio carece de valor predictivo adecuado.

4.3. Vigilancia de resistencias y coordinación entre niveles

Se debe establecer un procedimiento de vigilancia de la aparición de resistencias bacterianas y de la prevalencia de la infección. Recomendación basada en consenso de expertos.

Se deben coordinar los niveles de AP y AE para el correcto tratamiento de los pacientes no complicados y los de difícil manejo. Recomendación basada en consenso de expertos.

SOBRE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

5.1. Diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)

El diagnóstico en un paciente con síntomas típicos de ERGE (pirosis y regurgitación ácida, de aparición fundamentalmente después de las comidas y sin dolor epigástrico), puede realizarse a partir de la historia clínica tras ensayo terapéutico con omeprazol.

Los estudios efectuados de concordancia entre la historia clínica y el diagnóstico endoscópico han demostrado que se puede diagnosticar la ERGE a partir de los síntomas.

La endoscopia sólo se indicará en aquellos casos de: fracaso terapéutico, presencia de síntomas alarma (disfagia, odinofagia, hemorragia, existencia de masas, síntomas esofágicos), según las recomendaciones de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastroduodenal.

La pH-metría esofágica ambulatoria de 24 horas está indicada para detectar la presencia de reflujo en pacientes que no responden al tratamiento cuya endoscopia ha resultado normal. Aunque es la mejor prueba para detectar la exposición al ácido del esófago.

La radiología con contraste y el test de Berstein no se consideran métodos diagnósticos útiles en un paciente que tiene síntomas típicos de ERGE.

La manometría esofágica puede ser de ayuda para la localización del esfínter esofágico inferior y la colocación del electrodo del pH-neutro, aunque últimamente se está cuestionando su utilidad.

5.2. Estilos de vida

La modificación de hábitos higiénico-dietéticos es una práctica habitual en la consulta médica como primera medida en pacientes con ERGE, aunque en los estudios realizados hasta el momento, como el DIGEST, sobre la prevalencia de la ERGE y su relación con factores de riesgo, éstos no parecen tener un papel importante.