

ANÁLISIS DE LA EFICACIA DE LA TERAPIA SECUENCIAL Y TERAPIA TRIPLE EN LA ERRADICACIÓN DE HELICOBACTER PYLORI.

Dra. Nelly Guevara Colmenares. Gastroenterólogo.
Cruz Roja Venezolana, San Bernardino, Consultorio 21.
Valencia – Edo. Carabobo.

El *Helicobacter pylori* es un microorganismo de morfología espiralada que ocasiona infección gástrica siendo muy difícil su tratamiento debido a la resistencia creada a los antibióticos utilizados a lo largo del tiempo. Esto nos ha llevado a mantener constantemente investigaciones sobre el tratamiento más eficaz tomando en cuenta el costo beneficio en muchas oportunidades y en otras solo el beneficio al paciente ya que se encuentra asociado a carcinogénesis y mantenimiento de síntomas dispépticos.

Se estima que más de dos tercios de la población mundial se encuentran infectados por esta bacteria. La proporción de infección varía de nación a nación. En el mundo occidental (Oeste de Europa, Norteamérica y Australia), la proporción es de alrededor de un 25 por ciento de la población, siendo mucho mayor en los países en desarrollo. En este último caso, es común, probablemente por las malas condiciones sanitarias, encontrar infecciones en niños. En los Estados Unidos, la infección se da principalmente en personas de edad avanzada (más del 50 por ciento de éstas ocurren en personas de más de 60 años, frente a un 20 por ciento que se presentan en personas de menos de 40) y en los sectores más pobres.

Estas discrepancias se atribuyen a una mayor higiene y al mayor uso de antibióticos en países más ricos. De cualquier forma, en los últimos años están apareciendo cepas de *H. pylori* que presentan resistencia a antibióticos.

Como se describe bien en el presente trabajo, el microorganismo fue identificado inicialmente hace aproximadamente cien años no pudiendo ser aislado hasta los años 80. A partir de ese momento se comienzan a realizar diversos estudios para su control y erradicación siendo los últimos trabajos los que serán tomados en cuenta para el presente análisis.

Se esquematiza, de forma muy explícita, toda la terapia utilizada en el transcurso del tiempo incluyendo las fallas por resistencia e intolerancia en diferentes partes del mundo, sombrándose las alternativas para cada esquema utilizado.

Se describe la terapia triple como la utilización de un inhibidor de bomba de protones (cada 12 horas), claritromicina (500 mgs cada 12 horas) y amoxicilina (1 gramo cada 12 horas) durante 14 días, que es el tiempo que ha demostrado mayor eficacia en cuanto a erradicación. En la Terapia Secuencial se utiliza, durante 5 días, inhibidor de bomba de protones (cada 12 horas) y amoxicilina (1 gramo cada 12 horas); los siguientes 5 días, inhibidor de bomba de protones (cada 12 horas) con claritromicina (500 mgs cada 12 horas) más tinidazol (500 mgs cada 12 horas).

Los métodos utilizados para corroborar erradicación concuerdan con los descritos en diversas publicaciones como son la prueba del aliento y realización de endoscopia con toma de biopsia más coloración de Hematoxilina y Eosina ya que son los que representan mayor sensibilidad y especificidad.

Se concluye que no existe diferencia significativa entre ambos tratamientos, no siendo las mismas conclusiones en el meta-análisis realizado por Jafri y col.

De forma muy esquemática y explícita se describe, toda la terapia utilizada en el transcurso del tiempo incluyendo las fallas por resistencia e intolerancia en diferentes partes del mundo, nombrándose las alternativas para cada esquema utilizado, concluyendo que no existe diferencia entre la terapia secuencial y la terapia triple.

En la discusión se toman en cuenta las variables que pudieron modificar el resultado tanto en el meta-análisis de Jafri y col., como en el presente estudio, haciendo muy sustentable todas las conclusiones y las recomendaciones.

La población utilizada en el estudio es muy baja, no tenemos suficiente bibliografía nacional para poder realizar comparaciones y llegar a una conclusión que se amolde a nuestra realidad. No se puede tomar en cuenta la comunicación personal para decidir que la terapia triple es superior a la terapia secuencial.

Es de hacer notar que somos un país con una diversidad de población y una mezcla de razas muy rica genéticamente, por tanto se deberían realizar estudios multicéntricos y mesas de trabajo para obtener el tratamiento más adecuado en nuestra población, tomando en cuenta la resistencia a la claritromicina, metronidazol y sales de bismuto, ya que son muy utilizadas por médicos no gastroenterólogos.

El presente trabajo debe ser un estímulo para los gastroenterólogos venezolanos en cuanto a la realización de protocolos de trabajo y de ésta manera, tener los lineamientos propios en cuanto a tratamientos con antibióticos como los utilizados para la erradicación del *Helicobacter pylori*.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Vakil N., Vairad D.: Sequential therapy for *Helicobacter Pylori*: Time to make the switch?. *Jamma*, 2008; 300: 1346-47.
- 2.-Jafri N., Horming C., Howden C.: Meta-analysis: Sequential therapy appears superior to standard therapy for *Helicobacter Pylori* infection in patients naïve to treatment. *Ann. Intern. Med.* 2008; 148: 962-963.
- 3.-Nimish V.: *Helicobacter Pylori* eradication sequential and traditional therapy. *Gastroenterology and Hepatology*: vol 5, issue1, January 2009.
- 4 - Ulrich R.M., Bohr, Malferttheiner P.: Eradication of *Helicobacter Pylori* infection: The challenge is on if standard therapy fails. *Therapeutic advances in Gastroenterology*: 2009, 2 (1); 59-66.
- 5.-Calvet X., Sanchez-Delgado J., Montserrat A., Lario S., Ramirez L. M., Quesada M., Casalots A., Suarez D., Campo R., Brullet E., Junquera F., Santerin I., Segura F.: Accuracy of diagnostic test for *Helicobacter pylori*: A Reappraisal. *Clinical Infectious diseases*. 2009; vol 8; issue 10, 1385-1391.
- 6.- Manuel R. Anieva; Emad M. El-Omar., *Reviews in Basic and Clinical Gastroenterology*. *Gastroenterology* 2008; 134: 306-323.