

Dispèpsia-H. Pylori

Direcció clínica

en l'atenció primària

**Guies de pràctica clínica:
material docent**



**Institut Català
de la Salut**

Dispèpsia-*H. Pylori*

Autors

Marta Aymerich, investigadora (metgessa), Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.

José Miguel Baena, metge de família, Serveis d'Atenció Primària Sants-Montjuïc-les Corts-Sarrià- Sant Gervasi, Centre d'Atenció Primària Doctor Carles Ribas.

Carme Boix, infermera, Equip d'Atenció Primària Artés. Serveis d'Atenció Primària Bages-Berguedà-Solsonès.

Ricard Carrillo, metge de família, Equip d'Atenció Primària Florida Sud. Serveis d'Atenció Primària L'Hospitalet de Llobregat.

Rosa Madrideojos, farmacèutica, Serveis d'Atenció Primària L'Hospitalet de Llobregat.

Joan Josep Mascort, metge de família, Equip d'Atenció Primària Florida Sud. Serveis d'Atenció Primària L'Hospitalet de Llobregat.

Fermín Mearin, digestòleg, Hospital Universitari Vall d'Hebron.

DISPÈPSIA

Dolor o molèstia localitzats en la part central superior de l'abdomen que es manifesta en homes o dones no embarassades. Se suposa que s'ha originat en el tracte digestiu superior, i que ha estat present en més del 25 % dels dies durant les 4 últimes setmanes.

Dispèpsia funcional

Per establir el diagnòstic s'han de complir els criteris següents (*Roma II*):

1. Durada mínima dels símptomes, 12 setmanes (no necessàriament consecutives), durant els últims 12 mesos.
2. Presència de dispèpsia de manera persistent o recurrent.
3. Absència de malalties orgàniques que expliquin els símptomes, després de realitzar endoscòpia digestiva alta.
4. Símptomes que no s'alleugen exclusivament amb la defecació; tampoc s'associen amb canvis en la freqüència o consistència de les deposicions.

Dispèpsia-*H.Pylori*

Tipus de dispèpsia funcional

Tipus ulcerós: El símptoma predominant és el dolor en la part superior de l'abdomen.

Tipus amb dismotilitat: La molèstia principal no és el dolor. Consisteix en plenitud, distensió, sacietat precoç o nàusees.

Tipus inespecífic: No es compleixen els criteris dels dos anteriors.

Dispèpsia-*H. Pylori*

Criteris de derivació a l'atenció especialitzada

Indicació de practicar endoscòpia però manca d'accessibilitat.

Indicació de practicar test de l'alè o d'altres proves complementàries però manca d'accessibilitat.

Fracàs de la teràpia de segona línia en la malaltia ulcerosa.

Pacients amb úlcera pèptica, Hp negatiu i clínica persistent després del tractament cicatritzant (havent descartat fals Hp negatiu, AINE ...).

Absència de resposta al tractament en pacients amb dispèpsia funcional i simptomatologia greu.

Sospita de malaltia maligna.

Taula 1. Signes i símptomes d'alarma

- Disfàgia.
- Vòmits repetits.
- Evidència de sagnat digestiu o anèmia.
- Pèrdua de pes no explicada.
- Troballes patològiques rellevants en l'exploració física (adenomegàlies, visceromegàlies, masses abdominals).
- Dolor continu, sobretot si és intens o nocturn.

Taula 2. Escala de signes i símptomes (I)

(Qüestionari validat per a la selecció de pacients per a estudi endoscòpic)

Preguntes	Puntuació
Presència de signes i símptomes d'alarma	Endoscòpia directa
• Edat superior a 40 anys	1
• Gènere masculí	2
• Sobrepès (índex de massa corporal >25)	1
• Hàbits intestinals normals	1
• Consum d'alcohol >30 g/dia	1
• Tabaquisme >10 cigarretes/dia	1
• AINE >2 dosis/setmana	2

Escala de signes i símptomes (II)

- Dolor epigàstric episòdic 1
- Dolor que s'alleuja en menjar 2
- Presència de cremor d'estómac 2
- Cremor d'estómac diàriament 2
- Cremor d'estómac moderada o intensa 1
- Úlcera pèptica prèvia documentada 2

Cal indicar una endoscòpia en cas de puntuació ≥ 7 .

Barenys M i cols, *Eur J Gastroenterol & Hepatol* 2000;12:1275-1282.

Pacients que cal investigar

S'ha de completar l'estudi en tot pacient que compleixi **algun** dels criteris següents:

- Major de 45 anys.
- Amb signes o símptomes d'alarma.
- Amb sospita de patir patologia orgànica greu.
- Amb puntuació ≥ 7 en l'escala de signes i símptomes.

Pacients que compleixin **tots** els criteris següents:

- Menors de 45 anys.
- Sense símptomes o signes d'alarma.
- Sense sospita de patologia greu.
- Puntuació < 7 en l'escala de signes i símptomes.

Tampoc no s'ha de fer, d'entrada, en els casos següents:

- Pacients amb símptomes altament indicatius d'MRGE (pirosi i/o regurgitació àcida) en absència d'altres símptomes acompanyants (dolor/malestar abdominal, distensió, plenitud, nàusees, vòmits, disfàgia, odinofàgia).
- Pacients amb diagnòstic previ d'úlceres duodenal, en els últims 5 anys, documentada per endoscòpia, en els quals no hagi estat eradicat l'*Helicobacter pylori* (*H. pylori*), que tinguin símptomes semblants als que ja han patit i que no tinguin símptomes ni signes d'alarma. La probabilitat que es tracti d'un nou brot de malaltia ulcerosa és tan alta que es pot recórrer, directament, al tractament eradicatiu empíric.

- Pacients que, per història clínica i exploració física, tinguin molèsties atribuïbles a transgressions dietètiques, consum de fàrmacs o patologia extradigestiva. Aquests pacients hauran de ser considerats de forma independent.

Dispèpsia-*H. Pylori*

Tractament empíric de la dispèpsia no investigada

Un cop descartades altres causes possibles mitjançant la història clínica i l'exploració física, pot estar indicat el tractament empíric de la dispèpsia sempre que es compleixin **tots** els supòsits següents:

- Primer episodi amb símptomes la durada dels quals sigui inferior a 4 setmanes.
- Pacients menors de 45 anys.
- Puntuació < 7 en l'escala de signes i símptomes.
- Sense signes o símptomes d'alarma.
- Sense altres causes possibles, descartades per història clínica i exploració física.

B

Indicat en la dispèpsia no investigada

- Pacients amb símptomes del tipus ulcerós: inhibidors de la bomba de protons. A
- Pacients amb símptomes del tipus amb dismotilitat: procinètics. C
- Els antiàcids **no** són efectius per al tractament dels malalts amb dispèpsia. A

* L' eradicació empírica consisteix a tractar la possible infecció per *H. pylori* sense saber si n'hi ha.

Mètode diagnòstic de la dispèpsia

El diagnòstic de la dispèpsia pot abordar-se de dues maneres diferents:

- 1 Investigant l'existència de lesions mitjançant l'endoscòpia digestiva.
- 2 Identificant (o no) la infecció d'*H. pylori* (àmbits d'alta prevalença).

Dispèpsia-*H. Pylori*

Millor mètode per determinar l'estatus d' *H.pylori* (I)

Test d'elecció per al **diagnòstic** de la infecció per *H. pylori*:

- Test de la ureasa ràpida, per a les persones que requereixin endoscòpia.
- Test de l'alè amb urea marcada amb ^{13}C o serologia validada, per als casos que no requereixin endoscòpia.

A

Millor mètode per determinar l'estatus d' *H.pylori* (II)

La prova d'elecció per al **control de l'eradicació**:

- Pacients amb úlcera gàstrica: endoscòpia + test de la ureasa ràpida.
- Pacients amb úlcera duodenal, asimptomàtics, no cal comprovar eradicació.
- Pacients amb úlcera duodenal, simptomàtics, test de l'alè amb urea marcada ^{13}C .

A

Per evitar falsos negatius s'aconsella no tractar el pacient amb inhibidors de la bomba de protons (IBP), les 2 setmanes prèvies a la prova, ni amb antibiòtics, 4 setmanes abans d'aquesta.

Tractament eradicador d'*H.pylori* en l'úlceres pèptica

Pacients amb úlceres **duodenal***:

- Eradicació sense investigar la presència d'infecció per *H. pylori*. (Cal excloure'n les úlceres produïdes per AINE i els falsos negatius de les proves diagnòstiques).

B

Pacients amb úlceres **gàstrica**. Cal:

- Investigar la presència d'infecció per *H. pylori*.
- Eradicar els positius.
- Tractar amb antisecretoris els negatius.

A

*La duodenitis erosiva es considera part de la malaltia ulcerosa duodenal, per la qual cosa es recomana també l'eradicació de l'*H. pylori*.

Dispèpsia-*H. Pylori*

Pautes d'eradicació recomanades

TRIPLE TERÀPIA OCA (tractament d'elecció). Durada: 7 dies

OMEPRAZOLE*	CLARITROMICINA	AMOXICIL-LINA
2 mg/12 h	500 mg/12 h	1.000 mg/12 h

TRIPLE TERÀPIA OMC (al·lèrgia a l'amoxicil·lina). Durada: 7 dies

OMEPRAZOLE*	CLARITROMICINA	METRONIDAZOLE
2 mg/12 h	500 mg/12 h	500 mg/12 h

RcbAC (al·lèrgia als IBP). Durada: 7 dies

RANITIDINA CITRAT DE BISMUT	CLARITROMICINA	AMOXICIL-LINA
400 mg/12 h	500 mg/12 h	1.000 mg/12 h

QUÀDRUPLE TERÀPIA CLÀSSICA. Durada: 14 dies

OMEPRAZOLE*	BISMUT COL-LOÏDAL	METRONIDAZOLE	TETRACICLINA#
20 mg/12 h	120 mg/6 h	500 mg/8 h	500 mg/6 h

* O altres inhibidors de la bomba de protons (IBP). #No és útil la doxiciclina.

En el cas d'úlcer duodenal no complicada no cal prolongar la teràpia amb IBP, atès que les taxes de cicatrització són iguals o superiors a les d'eradicació i la prolongació del tractament no les millora.

Consideracions al tractament eradicatiu

Tractament eradicatiu de primera línia

- Pauta de primera elecció: OCA 7 dies.
- Pacients al·lèrgics a l'amoxicil·lina: metronidazole (triple teràpia OMC) 7 dies.
- Pacients al·lèrgics a l'omeprazole: ranitidina citrat de bismut (triple teràpia RcbAC) 7 dies.

Tractament eradicatiu de segona línia

- Teràpia quàdruple clàssica durant 14 dies.

Tractament eradicatiu de tercera línia

- En el cas de fracàs dels tractaments de primera i segona línia, cal derivar el pacient per practicar endoscòpia amb cultiu per a estudi de resistències.

Seguiment després del tractament d'eradicació (I)

Úlcera duodenal no complicada amb símptomes persistents

Cal realitzar prova confirmatòria de l'*H. Pylori* (test de l'alè):

- En casos d'*H. pylori* positiu, cal iniciar tractament eradicatiu de segona línia.
- En casos d'*H. pylori* negatiu, cal descartar úlceres persistents o altres causes de dispèpsia (p.e. fàrmacs gastrolesius)

Úlcera pèptica complicada

- S'ha de realitzar prova confirmatòria d'*H. pylori* (test de l'alè o endoscòpia repetida. No mitjançant serologia).
- S'ha de seguir tractament antsecretori fins que es confirmi l'eradicació.

Úlcera gàstrica

- Nova endoscòpia, en tots els casos, per tal de descartar-ne la malignitat, a les 4-8 setmanes després de completar el tractament d'eradicació, per confirmar l'eradicació i la curació de l'úlcera.

Úlcera pèptica amb *H. pylori* negatiu

- En primer lloc, cal descartar que sigui un fals negatiu de la prova diagnòstica.
- Cal descartar l'associació amb consum d'AINE, hipersecreció (determinació de gastrinèmia) o altres processos digestius.

Seguiment després del tractament d'eradicació (III)

- Un cop descartades les situacions anteriors, derivació a l'atenció especialitzada si els símptomes persisteixen. Si tenim en compte la història natural (crònica) de l'úlcerà pèptica, probablement els pacients requeriran tractament antisecretori indefinit.

Dispèpsia funcional

- Tractament simptomàtic. Control pel metge d'atenció primària. Derivació a l'especialista segons la gravetat dels símptomes.

Dispèpsia-H. Pylori

Direcció clínica

en l'atenció primària

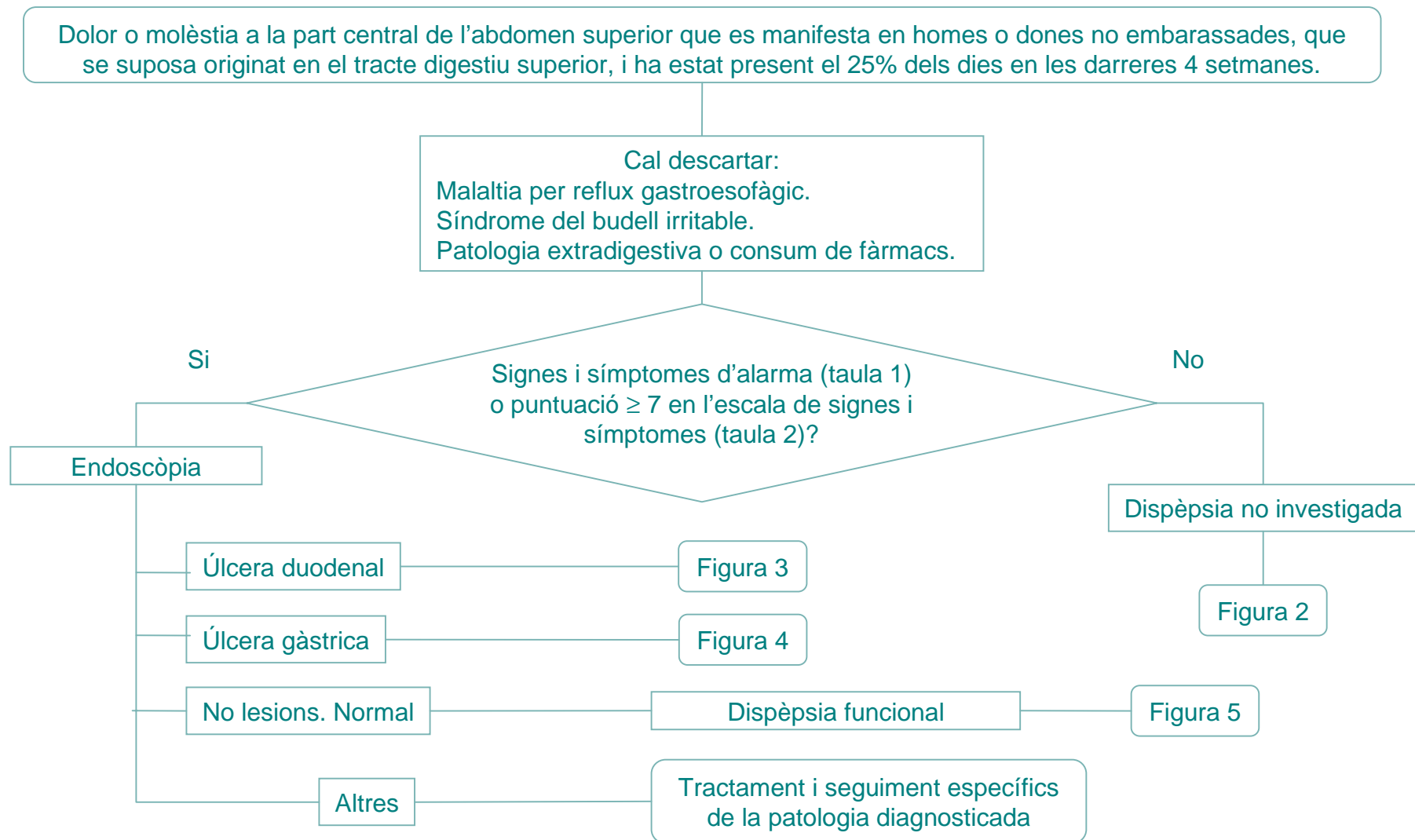
Figures per al maneig de la
dispèpsia



Institut Català
de la Salut

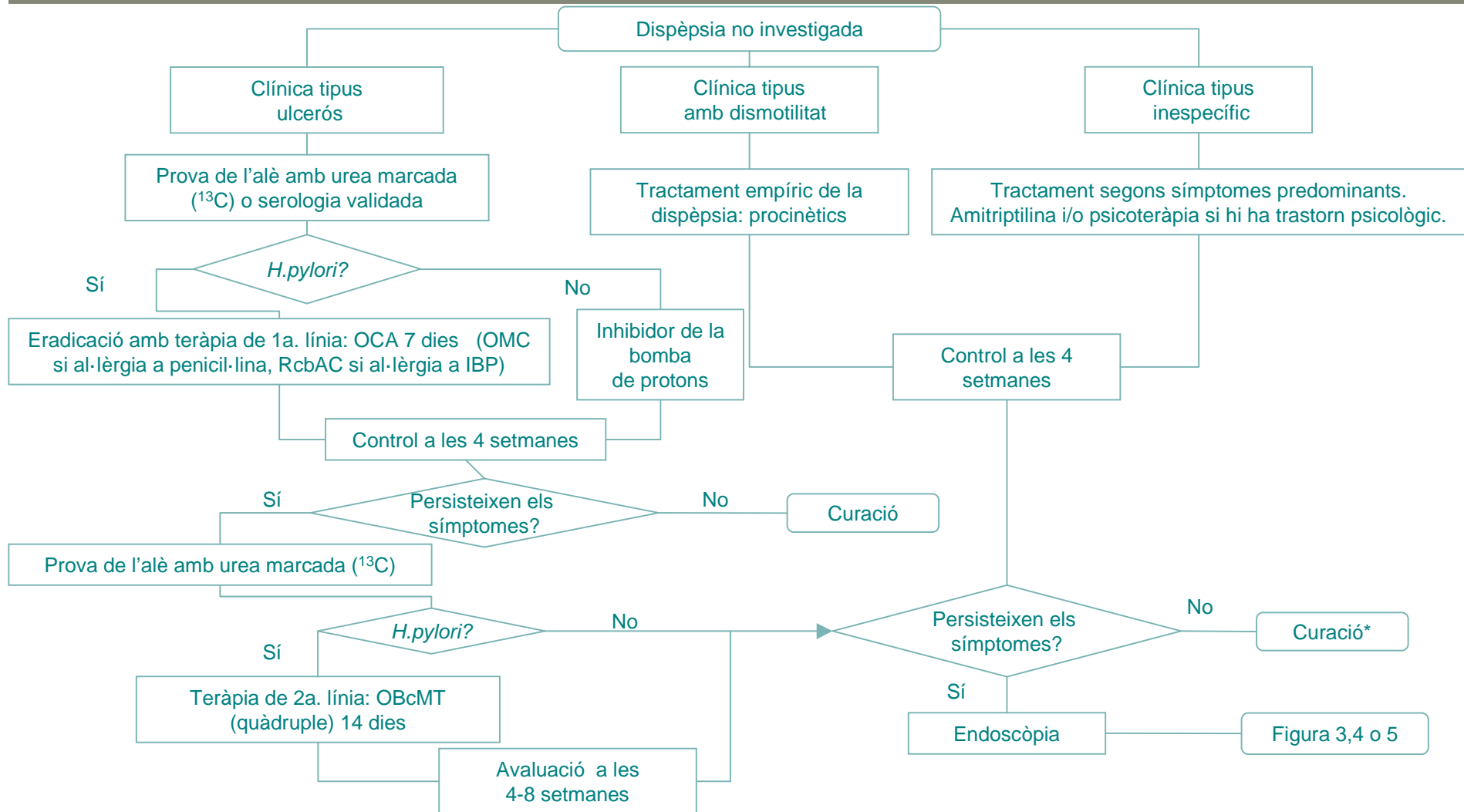
Dispèpsia-*H.Pylori*

Figura 1. Maneig inicial del pacient amb dispèpsia



Dispèpsia-*H. Pylori*

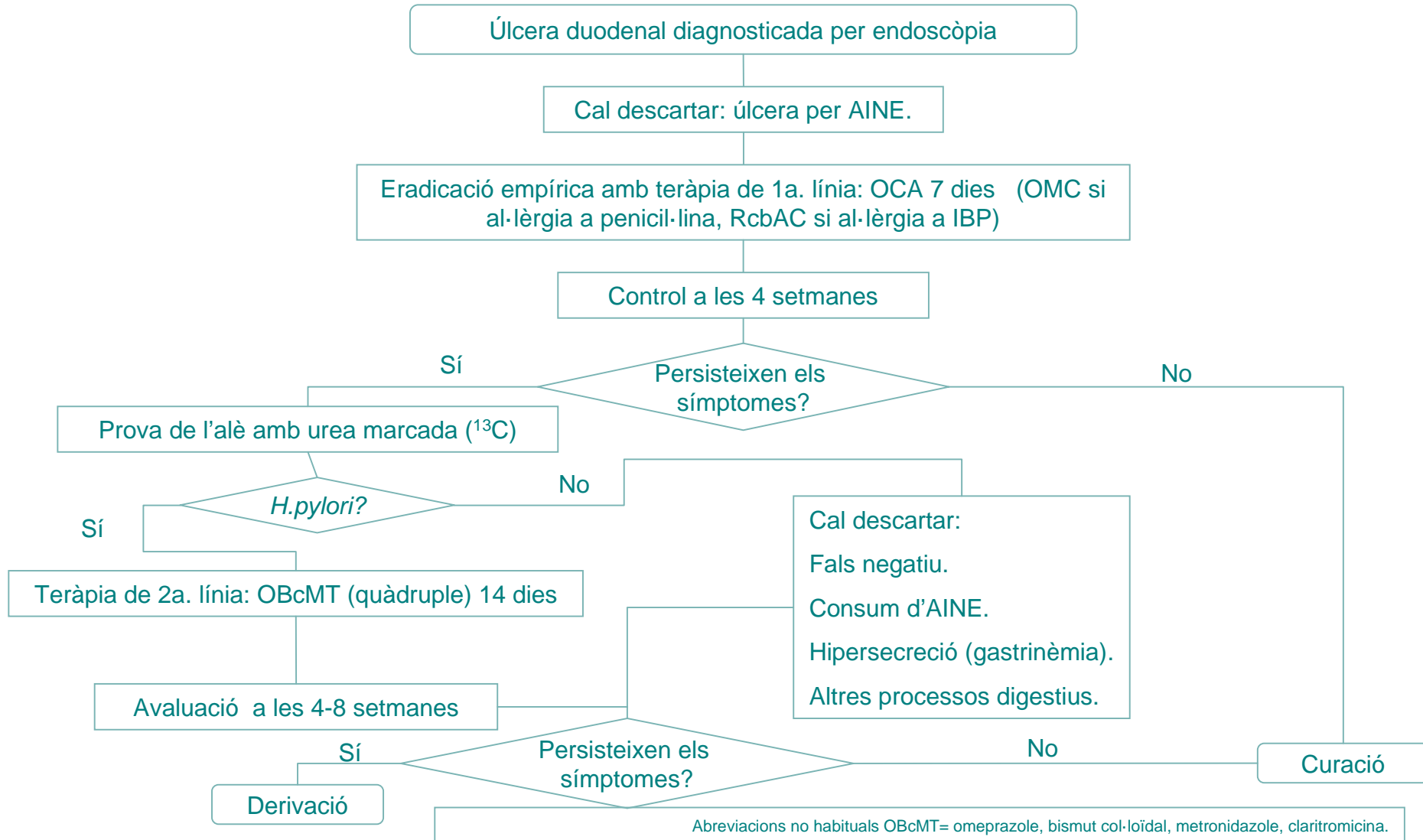
Figura 2. Maneig del pacient amb dispèpsia no investigada



* Si el benefici només és parcial: cal seguir 4 setmanes més i s'ha de tornar a valorar. Abreviacions no habituals: OBcMT= omeprazole, bismut col·loïdal, metronidazole, claritromicina.

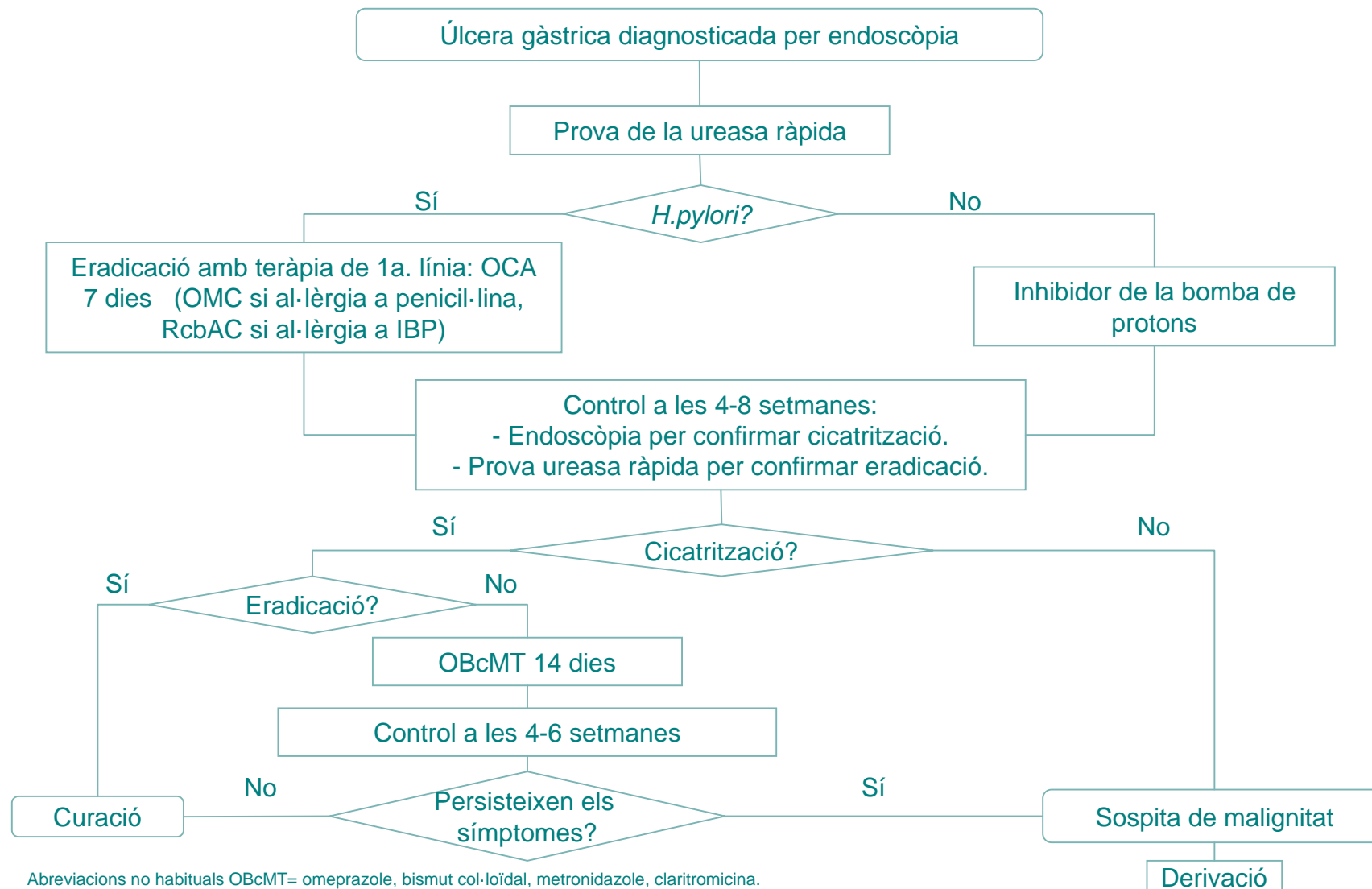
Dispèpsia-*H.Pylori*

Figura 3. Maneig del pacient amb dispèpsia causada per úlcera duodenal



Dispèpsia-*H.Pylori*

Figura 4. Maneig del pacient amb dispèpsia causada per úlcera gàstrica



Dispèpsia-*H.Pylori*

Figura 5. Maneig del pacient amb dispèpsia funcional

