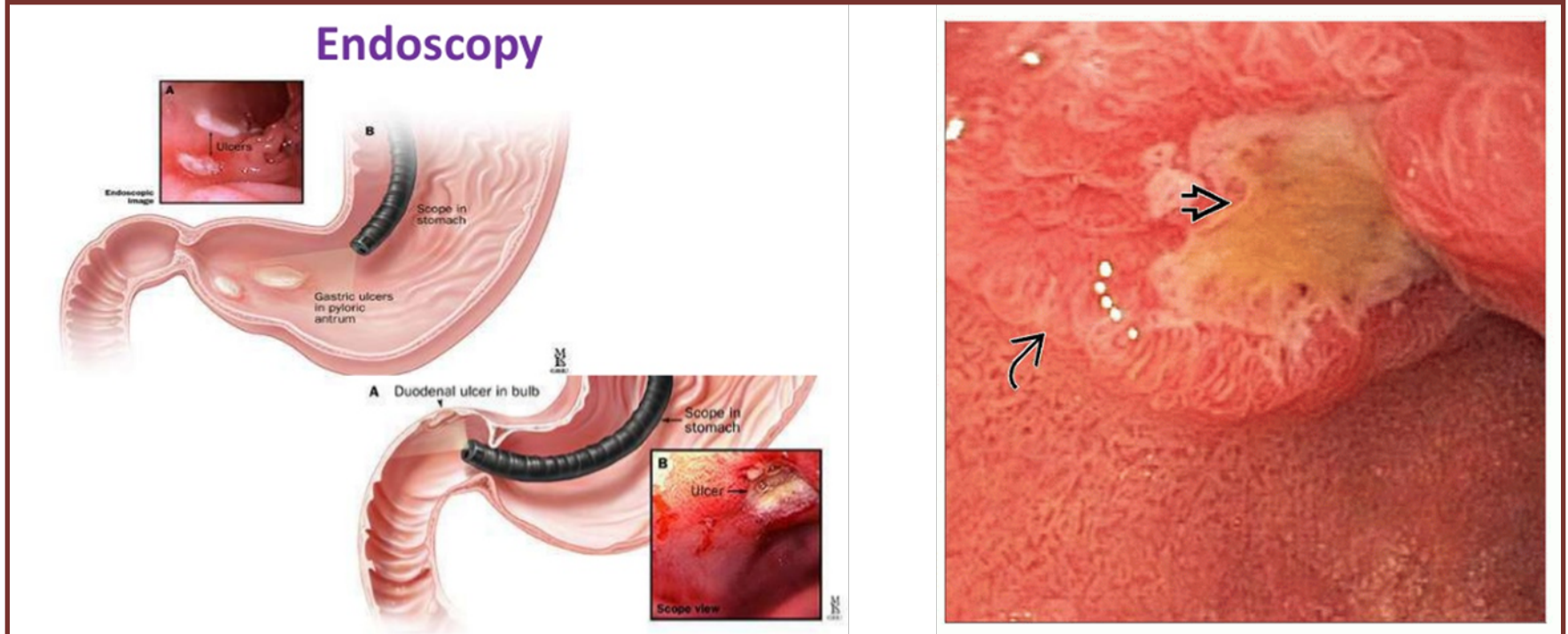
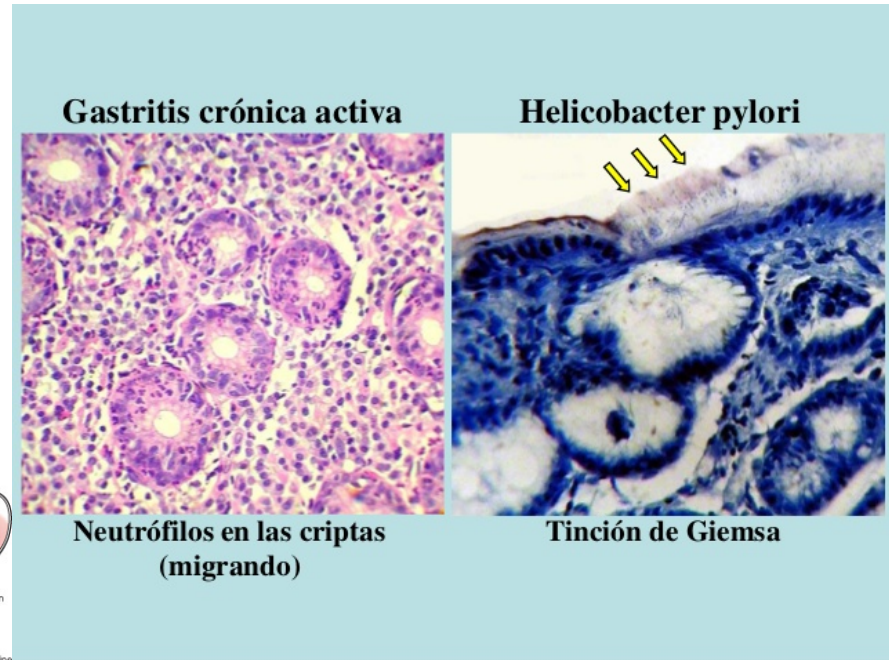
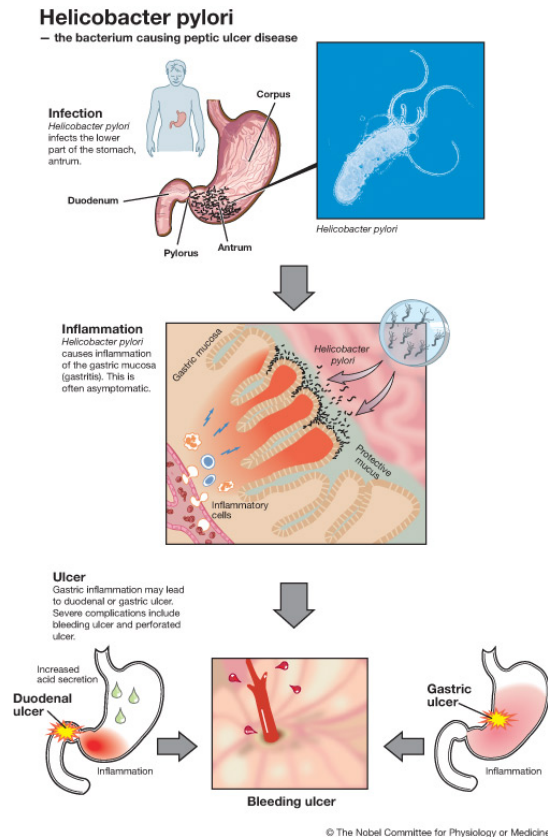


# Resultats



# Resultats



Gastritis crònica activa severa amb abundants *Helicobacter pylori*

II Jornada d'atenció compartida en  
gastroenterologia AIS-BE

## ACTUALITZACIÓ EN EL MANEIG DE LA INFECCIÓ PER **HELICOBACTER PYLORI**



**Mètodes diagnòstics i tractament de primera línia de la infecció per *H.pylori*.**

**Dra Carolina Bayarri , Digestòloga de l'Hospital Plató.**

# MÈTODES DIAGNÒSTICS INVASIUS DE LA INFECCIÓ PER *H.pylori*

BIÒPSIA  
d'ANTRE i  
COS



PROVA  
RÀPIDA de  
la UREASA



# Generalitats

- Es recomana fer el diagnòstic ***abans i després*** del tractament eradicador
- L'elecció de la prova diagnòstica dependrà de la seva accessibilitat i de la circumstància clínica de cada pacient
- Davant de símptomes d'alarma caldrà indicar sempre la **GASTROSCÒPIA**

Javier P. Gisbert, Xavier Calvet i d'altres. DOCUMENT DE POSICIONAMENT ; Actualització en el Tractament de la Infecció per *Helicobacter pylori*. Societat Catalana de Digestologia 2017.

# MÈTODES DIAGNÒSTICS INVASIUS DE LA INFECCIÓ PER *Helicobacter pylori*

## HISTOLOGIA; BIÒPIAS d'ANTRE I COS

- ✓ D'elecció
- ✓ Màxima sensibilitat i especificitat
- ✓ Avalua la presència de gastritis atròfica i metaplàsia intestinal

## PROVA RÀPIDA de la UREASA; CLOtest

- ✓ Amb mostra del cos gàstric i d'antre
- ✓ La sensibilitat i especificitat són: 90% i 95-100%
- ✓ Les principals causes de **falsos negatius** són:
  - sang a l'estómac
  - presa d'IBPs, antibiòtics o sals de bismut
  - la gastritis atròfica i la metaplàsia intestinal

Javier P. Gisbert, Xavier Calvet i d'altres. DOCUMENT DE POSICIONAMENT ; Actualització en el Tractament de la Infecció per *Helicobacter pylori*. Societat Catalana de Digestologia 2017.

# MÈTODES DIAGNÒSTICS INVASIUS DE LA INFECCIÓ PER *H.pylori*

*Statement 2:* PPI should be discontinued at least 2 weeks before testing for *H. pylori* infection. Antibiotics and bismuth compounds should be discontinued at least 4 weeks before the test.

**Level of evidence: 2b**

**Grade of recommendation: B**

Malfertheiner P, et al. *Gut* 2017;**66**:6–30. doi:10.1136/gutjnl-2016-312288

# TRACTAMENT DE PRIMERA LÍNEA de la INFECCIÓ DE LA INFECCIÓ PER *L'H.pylori*

## Management of *Helicobacter pylori* infection—the Maastricht V/Florence Consensus Report

P Malfertheiner,<sup>1</sup> F Megraud,<sup>2</sup> C A O'Morain,<sup>3</sup> J P Gisbert,<sup>4,5</sup> E J Kuipers,<sup>6</sup> A T Axon,<sup>7</sup> F Bazzoli,<sup>8</sup> A Gasbarrini,<sup>9</sup> J Atherton,<sup>10</sup> D Y Graham,<sup>11</sup> R Hunt,<sup>12,13</sup> P Moayyedi,<sup>14</sup> T Rokkas,<sup>15</sup> M Rugge,<sup>16</sup> M Selgrad,<sup>17</sup> S Suerbaum,<sup>18</sup> K Sugano,<sup>19</sup> E M El-Omar,<sup>20</sup> on behalf of the European Helicobacter and Microbiota Study Group and Consensus panel

Malfertheiner P, et al. *Gut* 2017;66:6–30. doi:10.1136/gutjnl-2016-312288

## DOCUMENT DE POSICIONAMENT

### Actualització en el Tractament de la Infecció per *Helicobacter pylori*

Jordi Sánchez Delgado, Pilar García Iglesias, Lúcia Titó Espinogosa, Ignasi Puig Del Castillo, Montserrat Planella De Rubinat, Emili Gené Tous, Joan Saló Rich, Francesc Martínez Cerezo, Javier Molina Infante, Javier P. Gisbert, Xavier Calvet Calvo.



Pàgina 1 de 16 2017

## Gastroenterología y Hepatología



www.elsevier.es/gastroenterologia



REVISIÓN

### IV Conferencia Española de Consenso sobre el tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*

Javier P. Gisbert<sup>a,\*</sup>, Javier Molina-Infante<sup>b,1</sup>, Javier Amador<sup>c</sup>, Fernando Bermejo<sup>d</sup>, Luis Bujanda<sup>e</sup>, Xavier Calvet<sup>f</sup>, Manuel Castro-Fernández<sup>g</sup>, Antonio Cuadrado-Lavín<sup>h</sup>, J. Ignasi Elizalde<sup>i</sup>, Emili Gené<sup>j</sup>, Fernando Gomollón<sup>k</sup>, Ángel Lanas<sup>l</sup>, Carlos Martín de Argilla<sup>m</sup>, Fermín Moarín<sup>n</sup>, Miguel Montoro<sup>o</sup>, Angeles Pérez-Aisa<sup>p</sup>, Emilio Pérez-Trallero<sup>q</sup> y Adrián G. McNicholl<sup>r</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREH), Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Aparato Digestivo, Hospital San Pedro de Alcantara, Cáceres, España

<sup>c</sup> Medicina de Familia, Centro de Salud Los Angeles, Madrid, España

<sup>d</sup> Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid, España

<sup>e</sup> Servicio de Digestivo, Hospital Donostia/Instituto Biodonostia, Universidad del País Vasco UPV/EHU, CIBEREH, San Sebastián, España

<sup>f</sup> Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Parc Taulí, Universitat Autònoma de Barcelona, CIBEREH, Sabadell, Barcelona, España

<sup>g</sup> Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Valme, CIBEREH, Sevilla, España

<sup>h</sup> Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

<sup>i</sup> Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínic, CIBEREH, Barcelona, España

<sup>j</sup> Servicio de Urgencias, Hospital Parc Taulí, Sabadell, CIBEREH, Universitat Internacional de Catalunya, Sabadell, Barcelona, España

<sup>k</sup> Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, IIS Aragón, CIBEREH, Zaragoza, España

<sup>l</sup> Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Universidad de Alcalá, Madrid, España

<sup>m</sup> Servicio de Aparato Digestivo, Centro Médico Teknon, Barcelona, España

<sup>n</sup> Servicio de Aparato Digestivo, Hospital San Jorge, Huesca, España

<sup>o</sup> Servicio de Aparato Digestivo, Agencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Málaga, España

<sup>p</sup> Servicio de Microbiología, Hospital Donostia/Instituto Biodonostia, Universidad del País Vasco UPV/EHU, CIBEREH, San Sebastián, España

<sup>q</sup> Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Donostia/Instituto Biodonostia, Universidad del País Vasco UPV/EHU, CIBEREH, San Sebastián, España

<sup>r</sup> Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Donostia/Instituto Biodonostia, Universidad del País Vasco UPV/EHU, CIBEREH, San Sebastián, España

Recibido el 25 de abril de 2016; aceptado el 19 de mayo de 2016

Gastroenterology 2016;151:51–69

## CONSENSUS STATEMENT

### The Toronto Consensus for the Treatment of *Helicobacter pylori* Infection in Adults

Carlo A. Fallone,<sup>1</sup> Naoki Chiba,<sup>2,3</sup> Sander Veldhuyzen van Zanten,<sup>4</sup> Lori Fischbach,<sup>5</sup> Javier P. Gisbert,<sup>6</sup> Richard H. Hunt,<sup>3,7</sup> Nicola L. Jones,<sup>8</sup> Craig Render,<sup>9</sup> Grigorios I. Leontiadis,<sup>3,7</sup> Paul Moayyedi,<sup>3,7</sup> and John K. Marshall<sup>3,7</sup>

<sup>1</sup>Division of Gastroenterology, McGill University Health Centre, McGill University, Montreal, Quebec, Canada; <sup>2</sup>Guelph GI and Surgery Clinic, Guelph, Ontario, Canada; <sup>3</sup>Division of Gastroenterology, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada; <sup>4</sup>Division of Gastroenterology, Department of Medicine, University of Alberta, Edmonton, Alberta, Canada; <sup>5</sup>Department of Epidemiology, University of Arkansas for Medical Sciences, Little Rock, Arkansas; <sup>6</sup>Gastroenterology Service, Hospital Universitario de la Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP) and Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREH), Madrid, Spain; <sup>7</sup>Famcombe Family Digestive Health Research Institute, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada; <sup>8</sup>Division of Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition, The Hospital for Sick Children, Departments of Paediatrics and Physiology, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada; and <sup>9</sup>Kelowna General Hospital, Kelowna, British Columbia, Canada

# IV Conferencia Española de Consenso sobre el tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*

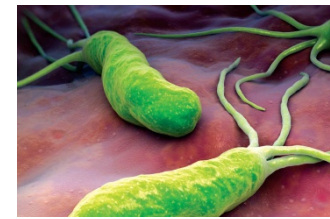


Tabla 1 Recomendaciones sobre el tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*

- Recomendación 1.** Actualmente se recomienda que un tratamiento erradicador sea considerado efectivo cuando sea capaz de curar la infección por *H. pylori* en un porcentaje próximo o preferiblemente superior al 90% de los pacientes
- Recomendación 2.** Como tratamiento de primera línea de la infección por *H. pylori* se recomienda una pauta cuádruple concomitante sin bismuto (IBP, claritromicina, amoxicilina y metronidazol)
- Recomendación 3.** La terapia cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol) podría ser una alternativa como tratamiento erradicador de primera línea, una vez que su eficacia sea confirmada en nuestro medio
- Recomendación 4.** Se recomienda que la duración del tratamiento cuádruple concomitante sin bismuto (IBP, claritromicina, amoxicilina y metronidazol) sea de 14 días
- Recomendación 5.** Se sugiere que la duración de la terapia cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol) sea de 10 o 14 días
- Recomendación 6.** En pacientes alérgicos a la penicilina se recomienda de primera línea una pauta cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol)
- Recomendación 7.** No se recomienda asociar probióticos al tratamiento erradicador de manera generalizada
- Recomendación 8.** Tras el fracaso de un primer tratamiento que incluya claritromicina (triple o cuádruple) se recomienda una pauta con levofloxacino, preferiblemente cuádruple (IBP, amoxicilina, levofloxacino y bismuto). Otra alternativa es una terapia cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol)
- Recomendación 9.** Tras el fracaso de un primer tratamiento con una terapia cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol) se recomienda una pauta triple o cuádruple con levofloxacino (IBP, amoxicilina, levofloxacino ± bismuto)
- Recomendación 10.** Tratamiento de rescate en pacientes alérgicos a penicilina:
- Tras el fracaso de un primer tratamiento triple (IBP, claritromicina y metronidazol) se sugiere emplear una terapia cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol)
  - Tras el fracaso de un primer tratamiento cuádruple con bismuto se sugiere una terapia triple con IBP, levofloxacino y claritromicina
- Recomendación 11.** Tras el fracaso de un primer tratamiento con claritromicina y una segunda línea con levofloxacino se recomienda un tratamiento cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol)
- Recomendación 12.** Tras el fracaso de un primer tratamiento con claritromicina y una segunda línea cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol) se recomienda un tratamiento con levofloxacino
- Recomendación 13.** Tras el fracaso de un primer tratamiento cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol) y una segunda línea con levofloxacino se sugiere un tratamiento cuádruple concomitante (IBP, amoxicilina, claritromicina y metronidazol)
- Recomendación 14.** Tras el fracaso de un tercer tratamiento se sugiere reevaluar cuidadosamente la necesidad de erradicar la infección y, en su caso, pautar una cuarta línea con rifabutina (IBP, amoxicilina y rifabutina)
- Recomendación 15.** En los pacientes con úlcera duodenal no complicada que no requieren AINE/aspirina no se recomienda mantener el tratamiento antisecretores tras haber finalizado el tratamiento erradicador de *H. pylori*.
- Recomendación 16.** En los pacientes con úlcera gástrica que no requieren AINE/aspirina se recomienda mantener el tratamiento antisecretores durante 4 a 8 semanas tras haber finalizado el tratamiento erradicador de *H. pylori*
- Recomendación 17.** En los pacientes con hemorragia digestiva por úlcera péptica la erradicación de *H. pylori* elimina la práctica totalidad de las recidivas; por tanto, una vez confirmada la erradicación y en ausencia de toma de AINE/aspirina, se recomienda no administrar tratamiento de mantenimiento con antisecretores

# IV Conferencia Española de Consenso sobre el tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*



**Tabla 1** Recomendaciones sobre el tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*

*Recomendación 1.* Actualmente se recomienda que un tratamiento erradicador sea considerado efectivo cuando sea capaz de curar la infección por *H. pylori* en un porcentaje próximo o preferiblemente superior al 90% de los pacientes

*Recomendación 2.* Como tratamiento de primera línea de la infección por *H. pylori* se recomienda una pauta cuádruple concomitante sin bismuto (IBP, claritromicina, amoxicilina y metronidazol)

*Recomendación 3.* La terapia cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol) podría ser una alternativa como tratamiento erradicador de primera línea, una vez que su eficacia sea confirmada en nuestro medio

*Recomendación 4.* Se recomienda que la duración del tratamiento cuádruple concomitante sin bismuto (IBP, claritromicina, amoxicilina y metronidazol) sea de 14 días

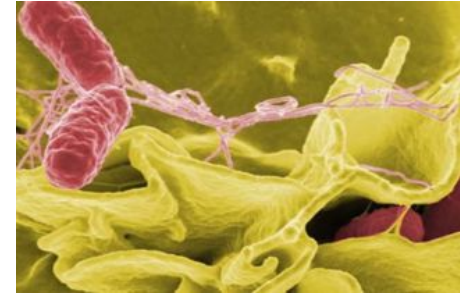
*Recomendación 5.* Se sugiere que la duración de la terapia cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol) sea de 10 o 14 días

*Recomendación 6.* En pacientes alérgicos a la penicilina se recomienda de primera línea una pauta cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol)

*Recomendación 7.* No se recomienda asociar probióticos al tratamiento erradicador de manera generalizada

Cómo citar este artículo: Gisbert JP, et al. IV Conferencia Española de Consenso sobre el tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*. Gastroenterol Hepatol. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.05.003>

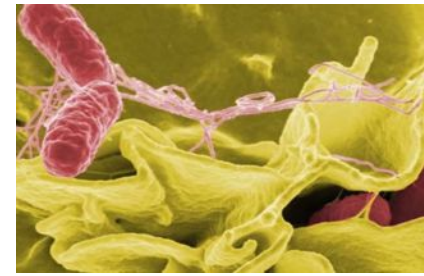
# Recomanació 1



Es recomana que un tractament eradicador sigui considerat efectiu quan sigui capaç de curar la infecció per *H. pylori* en igual o més del 90% dels pacients.

Cómo citar este artículo: Gisbert JP, et al. IV Conferencia Española de Consenso sobre el tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*. Gastroenterol Hepatol. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.05.003>

# Recomanació 1



- La triple **teràpia clàssica OCA** 14 dies eradica aproximadament < 81% amb IBPS a dosis altes ➡ **en l'actualitat no es recomana donada la variabilitat de la seva eficàcia.**
- La Resistència mitjana a la claritromicina a Espanya és del 18%
- La taxa de resistència dual; claritromicina/metronidazol al nostre medi: 15%



Societat  
Catalana de  
Digestologia

DOCUMENT DE POSICIONAMENT

Actualització en el Tractament de la  
Infecció per *Helicobacter pylori*

**2017**

Cómo citar este artículo: Gisbert JP, et al. IV Conferencia Española de Consenso sobre el tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*. Gastroenterol Hepatol. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.05.003>

# Recomanació 2 i 4



Com a tractament de 1<sup>a</sup> Línea és recomana una pauta **quàdruple concomitant sense bismut** ( IBP, claritromicina, amoxicilina i metronidazol).

*A més és recomana que la durada del tractament sigui de **14 dies***

Cómo citar este artículo: Gisbert JP, et al. IV Conferencia Española de Consenso sobre el tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*. Gastroenterol Hepatol. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.05.003>

# Recomanació 2 i 4

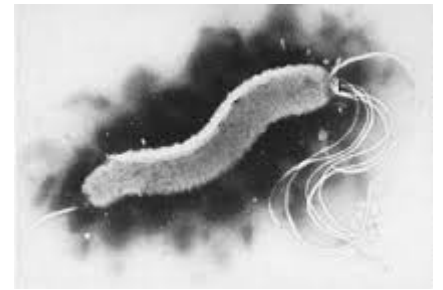


Tabla 2 Fármacos, dosis y duración de los tratamientos erradicadores para la infección por *Helicobacter pylori*

Tratamiento	Fármacos	Posología	Duración (días)
Terapia cuádruple sin bismuto (concomitante)	IBP	Dosis estándar <sup>a</sup> /12 h	14
	Amoxicilina	1 g/12 h	
	Claritromicina	500 mg/12 h	
	Metronidazol	500 mg/12h	

Cómo citar este artículo: Gisbert JP, et al. IV Conferencia Española de Consenso sobre el tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*. Gastroenterol Hepatol. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.05.003>

# Recomanació 3 i 5



La **teràpia quàdruple clàssica amb bismut** ( IBP, bismut, tetraciclina i metronidazol) pot ser un alternativa al tractament eradicador de 1<sup>a</sup> línia un cop l'eficàcia hagi estat provada en el nostre medi. *Se suggereix que la durada sigui entre 10 -14 dies.*

Cómo citar este artículo: Gisbert JP, et al. IV Conferencia Española de Consenso sobre el tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*. Gastroenterol Hepatol. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.05.003>



## Recomanació 6

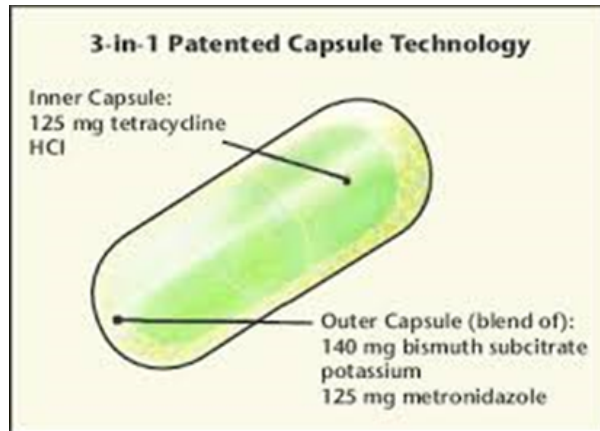


# PYLERA

125 mg tetraciclina

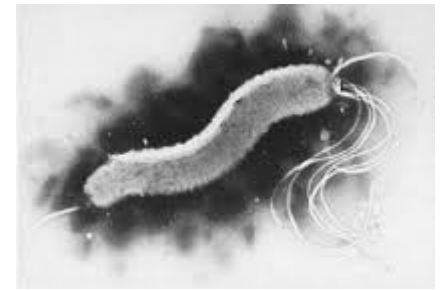
140 mg subcitrat de bismut

125 mg metronidazol



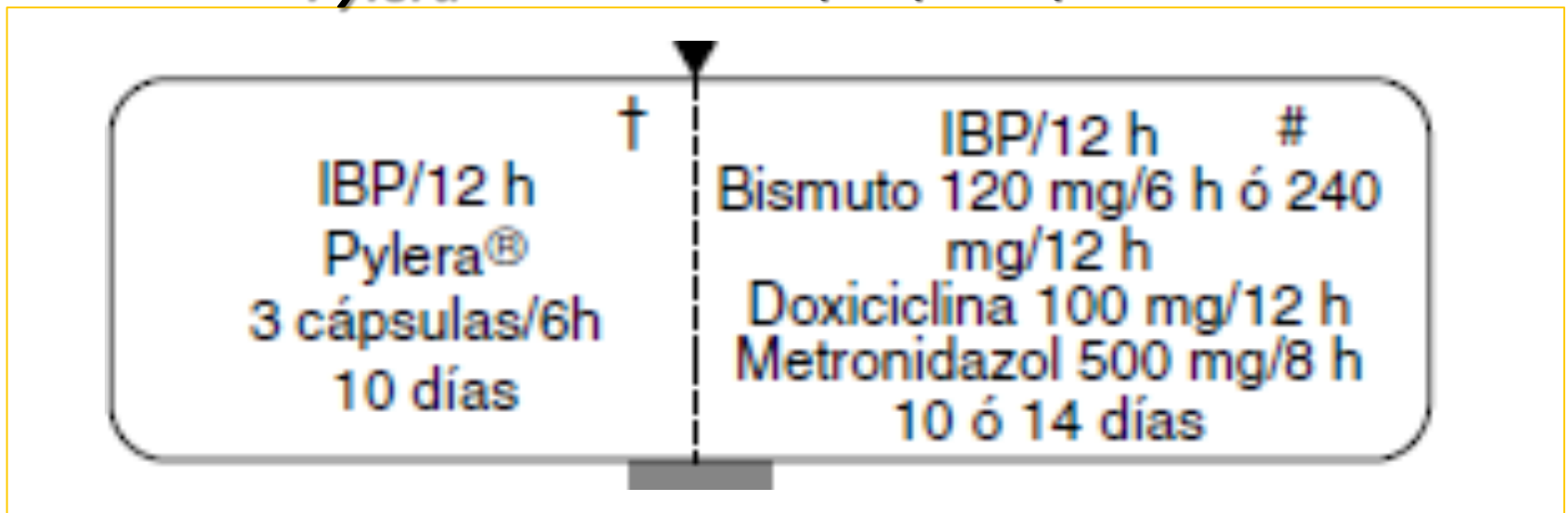
Cómo citar este artículo: Gisbert JP, et al. IV Conferencia Española de Consenso sobre el tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*. Gastroenterol Hepatol. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.05.003>

# Recomanació 3 i 5



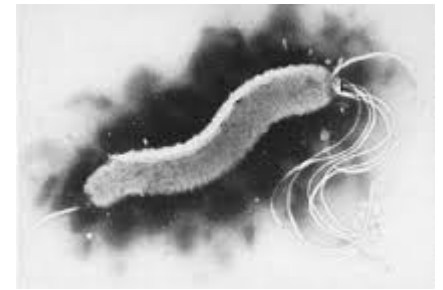
***Pylera***

***teràpia quàdruple clàssica amb bismut***



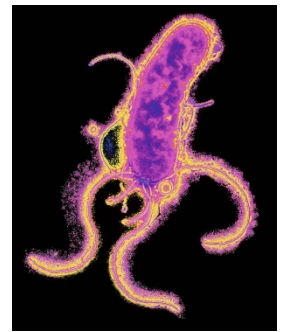
Cómo citar este artículo: Gisbert JP, et al. IV Conferencia Española de Consenso sobre el tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*. Gastroenterol Hepatol. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.05.003>

# Recomanació 3



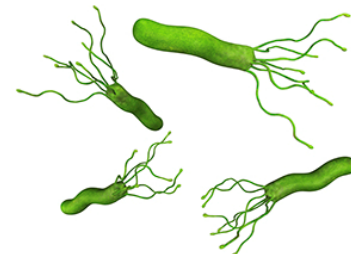
- Existeix una nova formulació → Pylera amb tots els components en una sola càpsula.
- A Espanya no està comercialitzada la tetraciclina clorhidrat per separat i en el seu lloc es pot utilitzar la “doxicilina” 100 mg/12 amb experiència més limitada i dubtes sobre la seva equivalència terapèutica.

# Recomanació 6



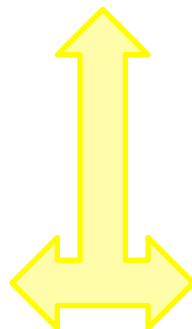
En pacient *al·lèrgics a la penicil·lina* es recomana de 1<sup>a</sup> línia una pauta quàdruple amb bismut ( IBP, bismut, tetraciclina i metronidazol). **(Pylera®)**

Cómo citar este artículo: Gisbert JP, et al. IV Conferencia Española de Consenso sobre el tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*. Gastroenterol Hepatol. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.05.003>

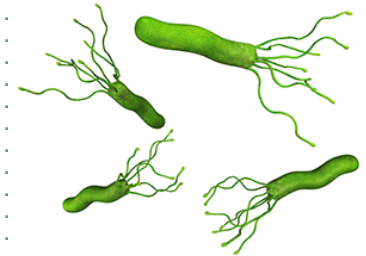


### ***TRACTAMENTS D'ELECCIÓ de PRIMERA LÍNEA per l'eradicació de la infecció per HELICOBACTER PYLORI***

TERÀPIA QUÀDRUPLE  
CONCOMITANT 14 dies



TERÀPIA QUÀDRUPLE CLÀSSICA amb  
BISMUT (*Pylera*®) 10 dies



### TERÀPIA QUÀDRUPLE CLÀSSICA (PYLERA®)

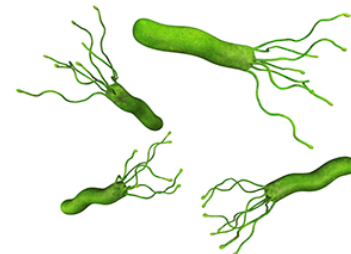
IBP a dosis altes/12 h  
Pylera® 3 càpsules/6 h

10 dies

### TERÀPIA QUÀDRUPLE "CONCOMITANT"

IBP a dosis altes/12 h  
Amoxicil·lina 1 g/12 h  
Claritromicina 500 mg/12 h  
Metronidazole 500 mg/12 h

14 dies



### PROS/CONTRES DE LA QUÀDRUPLE CLÀSSICA (**Pylera**<sup>®</sup>)

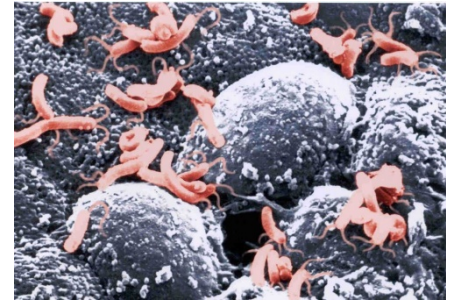
- Només requereix 2 fàrmacs: IBP i **Pylera**
- Més fàcil de prescriure i explicar
- Menor evidència de la seva eficàcia en el nostre medi
- Preu més car
- **Pylera** s'ha d'administrar 4 cops/dia

### PROS/CONTRES DE LA QUÀDRUPLE CONCOMITANT (OCAM)

- Administració 2 cops al dia
- Més efectiva → eficàcia del 93%
- Duració més llarga
- Prescripció de cada component per separat

\* Efectes adversos: moderats i similars en els 2 tractaments

# Recomanació 7



- *No es recomana associar **probiòtics** al tractament eradicador de manera generalitzada → la seva eficàcia no ha estat ben avaluada en les teràpies quàdruples.*
- *Cal informar als pacients dels possible **efectes secundaris** dels tractaments ( bismut /femtes fosques)*
- *Es recomana utilitzar un **IBP a dosis altes** → tractament més efectiu*

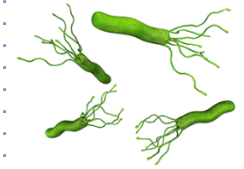


Societat  
Catalana  
Digestologia

DOCUMENT DE POSICIONAMENT

Actualització en el Tractament de la  
Infecció per *Helicobacter pylori*

# Conclusions



~~OCA~~

Primera línia

Quàdruple concomitant



OCAM 14 dies



Pylera®



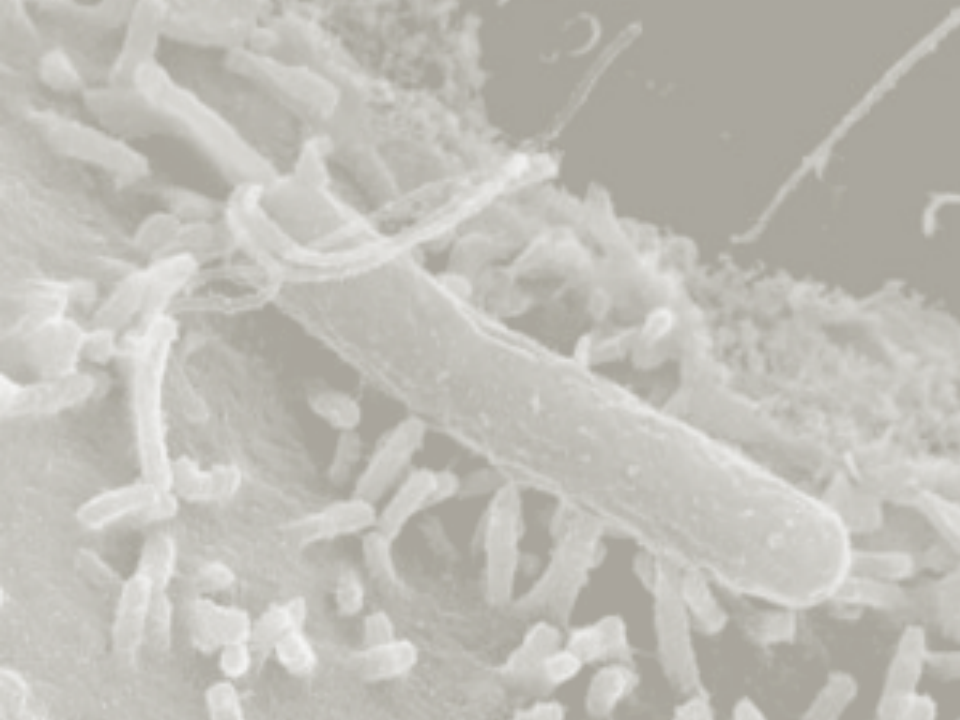
10 dies



DOCUMENT DE POSICIONAMENT

Actualització en el Tractament de la infecció per *Helicobacter pylori*

2017



II Jornada d'atenció compartida  
en gastroenterologia AIS-BE

# ACTUALITZACIÓ EN EL MANEIG DE LA INFECCIÓ PER **HELICOBACTER PYLORI**



#jornadahelicobacter



## INFORMACIÓ DE CONTACTE:

Carolina Bayarri Giménez  
Aparell Digestiu i Endoscòpia  
carolina.bayarri@hospitalplato.com