

# Manejo de la infección por *Helicobacter pylori* en atención primaria en España

Emili Gené<sup>a,c</sup>, Jordi Sánchez-Delgado<sup>b,c</sup>, Xavier Calvet<sup>b,c</sup> y Rafael Azagra<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Servei d'Urgències. Hospital de Sabadell. Institut Universitari Parc Taulí. Sabadell. Departament de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. España.

<sup>b</sup>Unitat de Malalties Digestives. Hospital de Sabadell. Institut Universitari Parc Taulí. Sabadell. Departament de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. España.

<sup>c</sup>CIBEREHD. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

<sup>d</sup>ABS Badia del Vallés. DAP Cerdanyola. Barcelona. España.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Las indicaciones sobre cuándo y cómo diagnosticar y tratar la enfermedad ulcerosa y la infección por *Helicobacter pylori* son razonablemente claras en la actualidad. El objetivo fue analizar el manejo de la infección por *H. pylori* y el acceso a las pruebas diagnósticas de la infección en atención primaria.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional, transversal, realizado mediante cuestionario anónimo administrado a médicos de atención primaria de todo el territorio español. Las indicaciones y los tratamientos se analizaron evaluando su adecuación a las recomendaciones de consenso sobre la infección por *H. pylori*.

**RESULTADOS:** Se recogieron 991 encuestas. El 87,7% de los médicos realizó uno o más tratamientos erradicadores en el último año, el 79,9% en úlcera duodenal, el 75,3% en úlcera gástrica y el 18,3% en enfermedad por reflujo. El 74,7% indicó una pauta de tratamiento erradicador cuya composición fue correcta. El 29% la indicó con una duración superior a la recomendada (14 días). El 67% no indicó tratamiento erradicador en el paciente ulceroso bien controlado con antisecretorios y continúa el tratamiento antisecretor de mantenimiento. El 64,7% de los médicos tiene acceso a la endoscopia, el 67,4% al test del aliento, el 59,6% a la serología y el 11,9% a la prueba de detección de antígeno de *H. pylori* en heces. Se detectaron variaciones importantes entre las diversas comunidades autónomas en el acceso a las pruebas diagnósticas.

**CONCLUSIONES:** El porcentaje de adecuación a las recomendaciones es razonable. Sin embargo, se observa una notable

variabilidad geográfica e importantes restricciones en el acceso a pruebas diagnósticas, lo que dificulta la aplicación de las recomendaciones.

## MANAGEMENT OF *HELICOBACTER PYLORI* INFECTION IN PRIMARY CARE IN SPAIN

**OBJECTIVE:** The indications on when and how to diagnose and treat ulcerative disease and *Helicobacter pylori* infection are reasonably clear. The aim of this study was to evaluate the management of *H. pylori* infection and access to diagnostic tests in primary care.

**MATERIAL AND METHODS:** We performed an observational, cross-sectional study. An anonymous questionnaire was sent to Spanish primary care physicians throughout Spain. Compliance with the major consensus conference recommendations on *H. pylori* treatment was evaluated.

**RESULTS:** The questionnaire was completed by 991 primary care physicians. A total of 87.7% of respondents reported they had indicated eradication therapy at least once during the previous year: 79.9% for duodenal ulcer, 75.3% for gastric ulcer, and 18.3% for gastroesophageal reflux disease. The treatment schedule was correct according to the consensus in 74.7% of the responses. However, 29% prescribed 14-day therapy, which is longer than the recommended duration. Sixty-seven per cent of practitioners maintained continuous or intermittent anti-secretory treatment in asymptomatic ulcerous patients and did not indicate *H. pylori* eradication therapy. The availability of different tests was as follows: 64.7% of respondents had access to endoscopy, 67.4% to urea breath test, 59.6% to serology, and 11.9% to the *H. pylori* stool antigen test. There were substantial regional variations in access to diagnostic tests.

**CONCLUSIONS:** Management of *H. pylori* infection is reasonably well adapted to consensus recommendations. Nevertheless, there is marked geographic variation and substantial restrictions in access to diagnostic tests, which hampers application of the recommendations.

Este artículo ha sido realizado en parte gracias a una beca concedida por el Instituto de Salud Carlos III (C03/02, PI 05/1157 y CIBEREHD).

Correspondencia: Dr. E. Gené Tous.  
 Servei d'Urgències. Hospital de Sabadell. Corporació Parc Taulí.  
 Parc Taulí, s/n. 08208 Sabadell. Barcelona. España.  
 Correo electrónico: 29833egt@comb.es

Recibido el 8-10-2007; aceptado para su publicación el 12-11-2007.

**INTRODUCCIÓN**

Marshall y Warren<sup>1</sup> describieron en 1983 la relación entre la gastritis crónica, la enfermedad ulcerosa y la infección por *Helicobacter pylori*, descubrimiento por el que recibieron el Premio Nobel de Medicina en el año 2005. Aunque el camino para que la comunidad médica aceptara la etiología infecciosa de la enfermedad ulcerosa no fue sencillo<sup>2,3</sup>, hace ya años que la evidencia científica sobre el papel patogénico de *H. pylori* en la úlcera péptica, el cáncer gástrico y el linfoma MALT es indiscutible<sup>4,5</sup>.

Desde los años noventa se han publicado múltiples guías de práctica clínica y recomendaciones de consenso con el objetivo de divulgar el conocimiento científico sobre la infección por *H. pylori*<sup>6-12</sup>. En nuestro país, la primera fue la «Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la dispepsia y las enfermedades relacionadas con la infección por *H. pylori* en atención primaria», que surgió de la colaboración entre la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria y la Sociedad Catalana de Digestología<sup>11</sup>. Posteriormente, se celebró en Madrid, en el año 2000, la primera Conferencia Española de consenso sobre la infección por *H. pylori*. Este consenso ha sido revisado recientemente en Sevilla para incorporar los últimos avances en el diagnóstico y el tratamiento de la infección<sup>7,8,12</sup>.

La divulgación de la evidencia científica y la puesta en práctica de las recomendaciones de las conferencias de consenso y de las guías de práctica clínica son procesos lentos<sup>13,14</sup>, especialmente en el ámbito de atención primaria<sup>15</sup>. Los datos sobre la aplicación del nuevo conocimiento en nuestro país son muy escasos. Así, los estudios que valoraban el manejo de la infección por *H. pylori* proceden de ámbitos geográficos locales (Barcelona y Sabadell)<sup>16,17</sup>.

En la actualidad, las indicaciones sobre cuándo y cómo diagnosticar y tratar la enfermedad ulcerosa y la infección por *H. pylori* son razonablemente claras<sup>6-12</sup>. Por ello, sería de esperar que actualmente el manejo ya fuera homogéneo y que tanto el acceso a los recursos diagnósticos como las aproximaciones terapéuticas se adecuara a la evidencia científica disponible. Sin embargo, desconocemos en estos momentos hasta qué punto se cumplen las recomendaciones actuales, si los médicos de atención primaria de nuestro país tienen acceso a las pruebas diagnósticas necesarias para manejar la infección por *H. pylori* o si hay diferencias geográficas en la aplicación de la evidencia científica.

En este contexto, el objetivo del presente estudio fue analizar el manejo de la infección por *H. pylori* en atención primaria y valorar si ésta se adecua a las recomendaciones de las guías de práctica clínica, específicamente a la II Conferencia Española de Consenso sobre la infección por *H. pylori*<sup>12</sup>.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

**Diseño de la encuesta**

Se elaboró una encuesta con 11 preguntas (tabla I). Las 9 primeras se referían a aspectos relevantes de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con infección por *H. pylori*. La pregunta número 10 valoraba el acceso a las diferentes pruebas diagnósticas de la infección por *H. pylori* (endoscopia digestiva, test del aliento, serología y test de detección de *H. pylori* en heces). Finalmente, la última pregunta hacía referencia al lugar de trabajo del médico de atención primaria.

La encuesta fue diseñada por un gastroenterólogo y 2 médicos de familia (miembros del Club Español para el estudio de *Helicobacter*, de la Sociedad Catalana de Digestología y del Grupo de Digestivo de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria). Para el diseño se tuvieron en cuenta los datos analizados en estudios previos<sup>16,17</sup>. Para facilitar la participación, se limitó la información solicitada, y el tiempo previsto para la cumplimentación de la encuesta fue aproximadamente de 3 min.

**TABLA I. Preguntas de la encuesta distribuida entre los médicos de atención primaria**

1. ¿Cuántos tratamientos erradicadores ha realizado durante el último año?	Ninguno	1-5	6-15	> 15	
2. ¿En cuál de estas enfermedades indica habitualmente tratamiento erradicador de <i>Helicobacter pylori</i> (respuesta múltiple)?	Dispepsia funcional	Úlcera duodenal	Úlcera gástrica	Enfermedad por reflujo	
	Antritis erosiva	Linfoma MALT	Duodenitis erosiva		
3. ¿Qué técnica utiliza para diagnosticar la infección por <i>H. pylori</i> antes de tratarla?	Test del aliento	Serología	Endoscopia digestiva + histología y/o ureasa		Test de <i>H. pylori</i> en heces
4. Escriba la pauta de tratamiento erradicador que utiliza más frecuentemente					
5. La pauta respondida en la pregunta anterior, ¿durante cuánto tiempo la indica?	6 días	7 días	10 días	14 días	
6. Comprueba la erradicación de la infección por <i>H. pylori</i> ?	Siempre	Si recidiva la sintomatología	Nunca	Sólo en úlceras complicadas	
7. Si comprueba la erradicación en las úlceras duodenales, ¿qué técnica utiliza?	Test del aliento	Serología	Endoscopia digestiva + histología y/o ureasa		Test de <i>H. pylori</i> en heces
8. Si comprueba la erradicación en las úlceras gástricas, ¿qué técnica utiliza?	Test del aliento	Serología	Endoscopia digestiva + histología y/o ureasa		Test de <i>H. pylori</i> en heces
9. En los pacientes ulcerosos bien controlados con tratamiento antisecretores de mantenimiento:	Mantengo tratamiento antisecretores	Los busco y erradico <i>H. pylori</i>	Erradico cuando presentan síntomas		
10. ¿Tiene acceso a las siguientes pruebas diagnósticas? En caso afirmativo, señálelo e indique el tiempo de demora					
a) Endoscopia digestiva:	Sí	No			
	< 15 días	15 días-1 mes	1-2 meses	2-4 meses	> 4 meses
b) Test del aliento:	Sí	No			
	< 15 días	15 días-1 mes	1-2 meses	2-4 meses	> 4 meses
c) Serología	Sí	No			
	< 15 días	15 días-1 mes	1-2 meses	2-4 meses	> 4 meses
d) Test de <i>H. pylori</i> en heces	Sí	No			
	< 15 días	15 días-1 mes	1-2 meses	2-4 meses	> 4 meses
11. Escriba la localidad donde trabaja					

**TABLA II. Resumen de las recomendaciones de la II Conferencia Española de Consenso**

Indicaciones de diagnóstico y tratamiento erradicador	1. Úlcera gástrica y duodenal (GR: A; NE: 1a) 2. Duodenitis erosiva (GR: B; NE: 2b) 3. Linfoma Malt (GR: A; NE: 1a) 4. Dispepsia no investigada sin signos de alarma dentro de la estrategia «test&treta» (GR: A; NE: 1b)
Sin indicaciones de tratamiento erradicador	1. Enfermedad por reflujo (GR: A; NE: 1b) 2. Procesos extraintestinales (GR: B; NE: 1c) 3. Dispepsia funcional (tratamiento de primera línea) (GR: C; NE: 4)
Técnicas diagnósticas	1. Invasivos: test de la ureasa (endoscopia) (GR: A; NE: 1b) 2. No invasivos: test del aliento con urea marcada con C13 si no requiere endoscopia (GR: A; NE: 1a) Test de <i>H. pylori</i> en heces si no requiere endoscopia y como alternativa al test del aliento (GR: A; NE: 1a) No se recomienda la serología ni para diagnóstico ni para comprobar la erradicación (GR: A; NE: 1b)
Tratamiento de primera línea	IBP en dosis habitual/12 h + Amoxicilina 1 g/12 h + Claritromicina 500 mg/12 h (GR: A; NE: 1a)
Duración del tratamiento de primera línea	a) Siete días en pacientes ulcerosos b) Diez días en pacientes con dispepsia no investigada o dispepsia funcional (GR: B; NE: 2c)
Comprobación de la erradicación	Se recomienda comprobar la erradicación mediante el test del aliento o, en su defecto, el test de <i>H. pylori</i> en heces (GR: D; NE: 5)

GR: grado de recomendación; IBP: inhibidor de la bomba de protones; NE: nivel de evidencia.

### Sujetos y método

La encuesta se repartió entre los médicos de atención primaria que asistieron a los dos principales congresos de la especialidad, organizados por la SEMERGEN y la SEMFYC en Bilbao y Santiago de Compostela, respectivamente, durante el año 2005. La encuesta se contestó de forma anónima.

### Análisis de los datos

Los datos obtenidos en la encuesta se tabularon en una base de datos de Microsoft Excel. Se realizó el estudio estadístico mediante SPSS 12.0. Se calculó el intervalo de confianza (IC) del 95% para los resultados principales. Las respuestas de los entrevistados se consideraron adecuadas si se correspondían con las recomendaciones de cualquiera de las conferencias de consenso española y/o europeas<sup>6,7,12</sup> (tabla II).

## RESULTADOS

### Resultados generales

De un total de 12.800 asistentes que participaron en los congresos de la SEMERGEN y la semFYC (4.600 y 8.200, respectivamente) se recogieron 991 encuestas (479 SEMERGEN y 512 semFYC) que corresponden aproximadamente a un 4% del total de médicos de atención primaria de España<sup>18</sup>. La distribución de las encuestas por comunidades autónomas se muestra en la figura 1. En un 8,5% de las encuestas no se pudo recoger su procedencia geográfica, por estar la respuesta en blanco o por ser ilegible.

### Manejo de la infección por *Helicobacter pylori*

El 54,7% (IC del 95%, 51,5-57,8) de los médicos de atención primaria encuestados realizó entre uno y 5 tratamientos erradicadores durante el último año, mientras que el 12,3% no realizó ningún tratamiento erradicador el último año (IC del 95%, 10,3-14,5), un 22% realizó entre 6 y 15 tratamientos de erradicación y un 10,8% realizó más de 15 tratamientos. La principal indicación de tratamiento erradicador fue la enfermedad ulcerosa. Así, un 79,9% (IC del 95%, 77,2-82,3) de los encuestados refirió que indicaba tratamiento erradicador en la úlcera duodenal y un 75,3% (IC del 95%, 72,4-77,9) en la úlcera

gástrica. Un 18,3% (IC del 95%, 15,9-20,8) indicó tratamiento erradicador en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, un tratamiento no recomendado por las actuales reuniones de consenso (fig. 2). El tratamiento erradicador más utilizado (74,7%) fue la combinación de un inhibidor de la bomba de protones, claritromicina y amoxicilina. Solamente un pequeño porcentaje de los médicos encuestados –el 10,7% (IC del 95%, 8,4-12,2)– utilizó otros tratamientos de primera línea que pueden considerarse inadecuados según las recomendaciones actuales, y el 14,6% restante no respondió a esta pregunta. La duración del tratamiento erradicador para la pauta triple, que combina un inhibidor de la bomba de protones, claritromicina y amoxicilina, fue mayoritariamente de 7 días (49,3%). Sin embargo, hasta un 29% de los médicos (IC del 95%, 25,7-32,4) utilizó una pauta (no recomendada) de 14 días.

Entre las pruebas diagnósticas para la detección de *H. pylori*, el test del aliento (41,8%) y la endoscopia digestiva

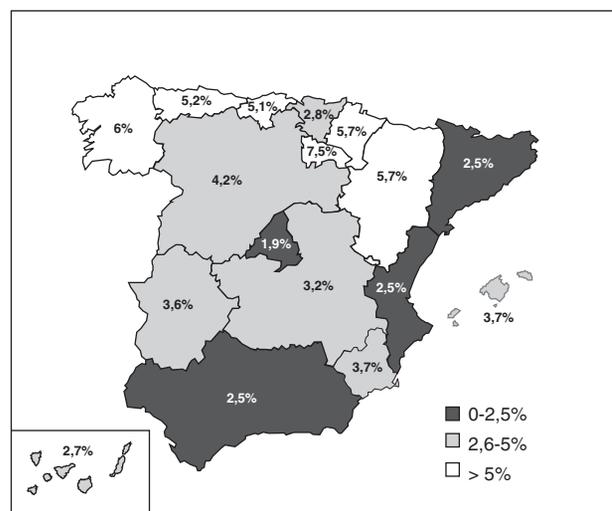


Fig. 1. Porcentaje de médicos que contestaron la encuesta respecto al total de médicos de atención primaria por comunidades autónomas.

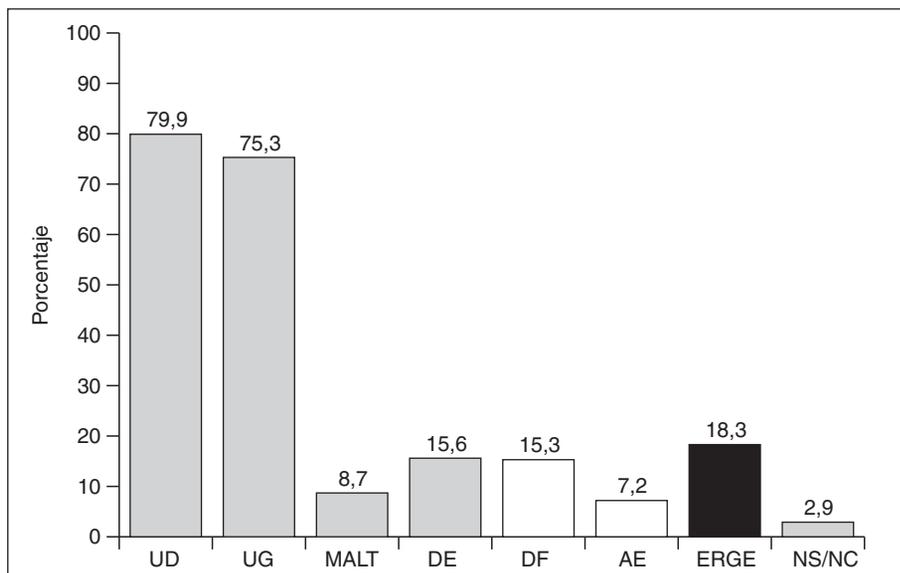


Fig. 2. Indicaciones de tratamiento erradicador. AE: artritis erosiva; DE: duodenitis erosiva; DF: dispepsia funcional; ERGE: enfermedad por reflujo esofágico; MALT: linfoma MALT; NS/NC: no sabe/no contesta. UD: úlcera duodenal; UG: úlcera gástrica.

(41,5%) fueron las técnicas más utilizadas. Un 12,7% utilizó la serología como prueba diagnóstica inicial (IC del 95%, 10,7-14,9). Un 41,8% de los encuestados comprobó sistemáticamente la curación tras el tratamiento de la infección por *H. pylori*; en cambio, un 43,4% sólo comprobó la erradicación en el caso de que se produjera una recidiva de la sintomatología. El test del aliento en las úlceras duodenales (59,2%) y la endoscopia digestiva en las úlceras gástricas (42,9%) fueron las pruebas más utilizadas cuando se comprobó la erradicación. Un 10% de los médicos refirió que utilizaba la serología para comprobar la erradicación, mientras que la detección de antígeno de *H. pylori* en heces la utilizó únicamente un 1% de los encuestados.

Finalmente, y en contra de las recomendaciones, la principal actitud en los pacientes con una enfermedad ulcero-sa previa, bien controlados con tratamiento antisecreto, fue la de continuar con dicho tratamiento (67%). Sólo un 28,7% investigó y trató la infección por *H. pylori*.

**Acceso y demora para las pruebas diagnósticas de la infección por *Helicobacter pylori***

Las encuestas reflejaron una enorme variabilidad geográfica en el acceso a las diferentes pruebas diagnósticas. Solamente un 64,7% de los médicos refirió tener acceso a

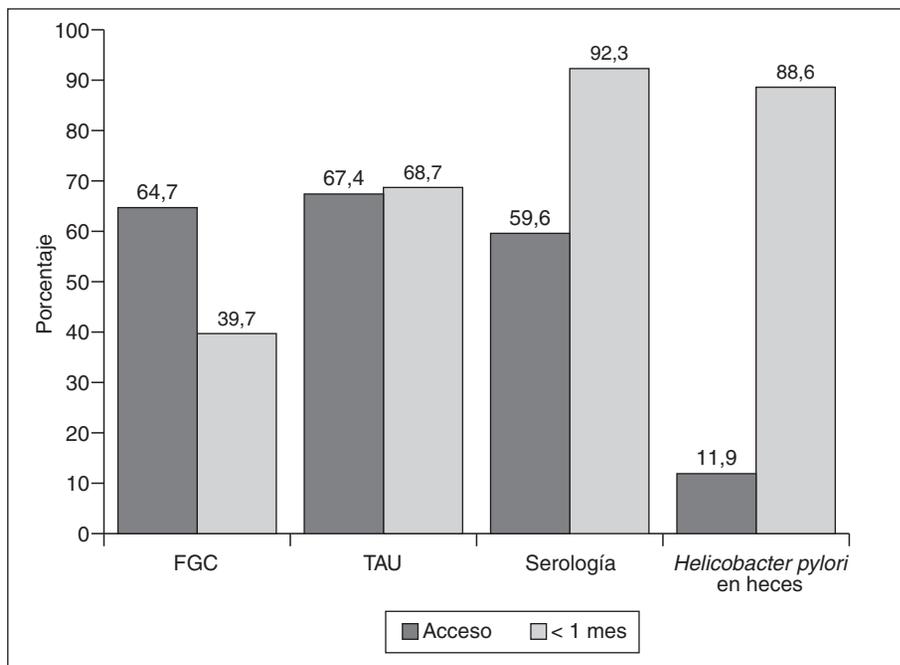


Fig. 3. Acceso a pruebas diagnósticas. La primera columna muestra el porcentaje de médicos que tienen acceso a las pruebas, y la segunda el porcentaje de médicos que tienen acceso en menos de un mes respecto al total de médicos que contestaron la encuesta (n = 991). FGC: fibrogastroscoopia; TAU: test del aliento.

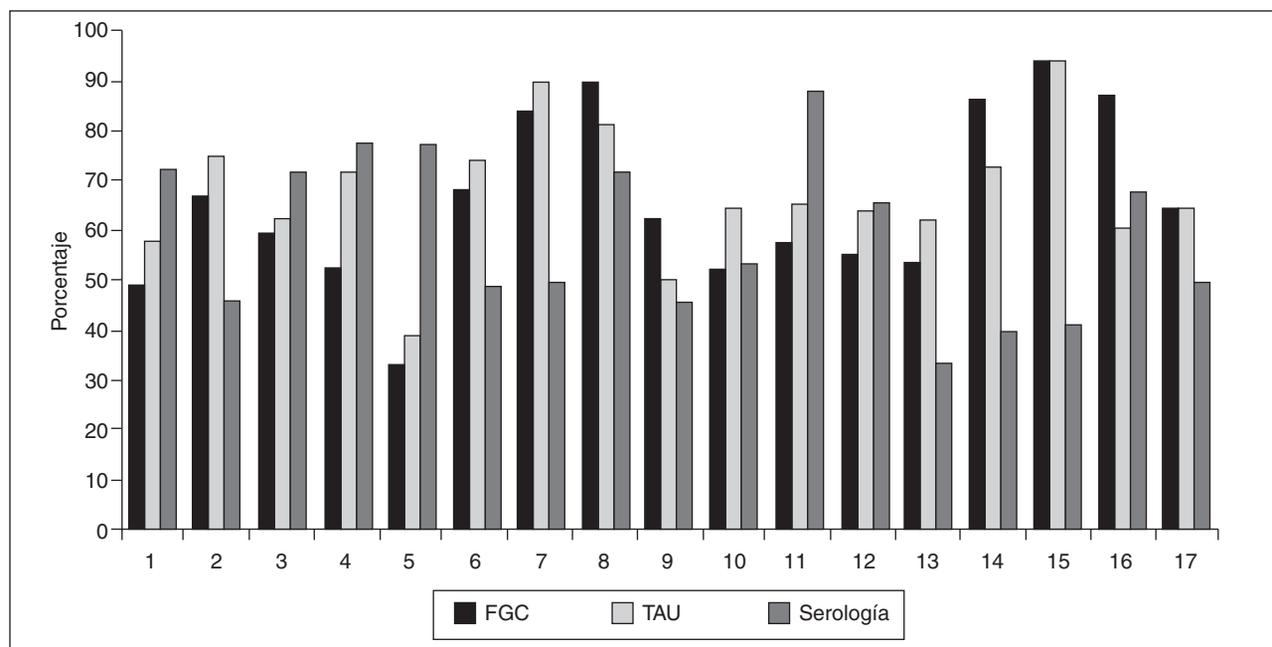


Fig. 4. Acceso a pruebas diagnósticas por comunidades autónomas. FGC: fibrogastroscoopia; TAU: test del aliento. 1. Andalucía; 2. Aragón; 3. Asturias; 4. Canarias; 5. Cantabria; 6. Castilla y León; 7. Castilla-La Mancha; 8. Cataluña; 9. Madrid; 10. Comunidad Valenciana; 11. Extremadura; 12. Galicia; 13. Baleares; 14. La Rioja; 15. Navarra; 16. País Vasco; 17. Comunidad de Murcia.

la endoscopia digestiva, un 67,4% al test del aliento, un 59,7% a la serología y un 11,9% al test de detección de *H. pylori* en heces.

Los resultados mostraron también una limitación en el acceso a las pruebas diagnósticas en un período razonable (en este caso se consideró razonable menos de un mes). Así, de los médicos que tienen acceso al test diagnóstico, solamente pueden disponer de la prueba antes de un mes un 39,7% en el caso de la endoscopia digestiva, un 68,7% en el test del aliento y un 92,3% en la serología (fig. 3).

El acceso a las diferentes pruebas para el diagnóstico de la infección por *H. pylori* fue distinto en función de la comunidad autónoma en que trabajaba el médico de familia (fig. 4), con una elevada variabilidad geográfica. El acceso a la gastroscopia varió entre el 94,1% para los médicos de Navarra y el 33,3% para los de Cantabria, el test del aliento entre el 94,1% de Navarra y el 38,1% de Cantabria, y la serología entre el 88,5% de Extremadura y el 33,3% de Baleares. Las pruebas más accesibles fueron la serología en Andalucía, Asturias, Canarias, Cantabria, Extremadura y Galicia, la gastroscopia en Cataluña, Madrid, La Rioja y el País Vasco, y el test del aliento en Aragón, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Comunidad Valenciana y Baleares. El acceso al test para la detección del antígeno de *H. pylori* en heces osciló entre el 17,5% de la Comunidad Valenciana y el 0% de Baleares.

Cuando se analizó el acceso a cualquiera de las pruebas en un plazo inferior a un mes, la serología fue la prueba más accesible (rango, 29,4-88,5%) (fig. 5). Sin embargo, en las comunidades de Aragón, Castilla y León, Castilla-La Mancha, La Rioja, Navarra y Murcia la prueba más accesible en menos de un mes fue el test del aliento (rango, 29,2-70,5%).

## DISCUSIÓN

El conocimiento y la evidencia científica sobre la patología digestiva alta ha experimentado un cambio muy importante desde el descubrimiento en 1983 de la infección por *H. pylori*<sup>1,19</sup>. Ese cambio continuo en un corto período ha dificultado la aplicación del nuevo conocimiento, especialmente en el ámbito de atención primaria donde el médico tiene un amplio campo de trabajo que no se limita al campo de la digestología y mucho menos a la infección por *H. pylori*. Sin embargo, los médicos de atención primaria son los que realizan la mayor parte de tratamientos erradicadores, especialmente en todos los pacientes con una enfermedad ulcerosa no complicada<sup>15-17,20,21</sup>.

Los resultados del presente estudio ofrecen buenas y malas noticias. En primer lugar, es una buena noticia que la mayoría de los médicos de familia encuestados siguen razonablemente bien las recomendaciones de las guías de práctica clínica. Como ejemplo de ello, los resultados de este estudio ponen de manifiesto que sólo un 12% de los médicos de atención primaria no habían realizado ningún tratamiento erradicador el año previo a la realización de la encuesta. Sin embargo, persiste un pequeño porcentaje de los encuestados que trata la infección en indicaciones inadecuadas o realiza pautas no recomendadas. Esto justifica el mantenimiento de actividades de formación continuada que permitan extender las recomendaciones basadas en la evidencia a todos los ámbitos de la atención primaria.

Hay pocos trabajos publicados que valoren la aplicación en la práctica clínica de las reuniones de consenso<sup>16,20,22-25</sup>. El método más utilizado para ello es el de la encuesta que

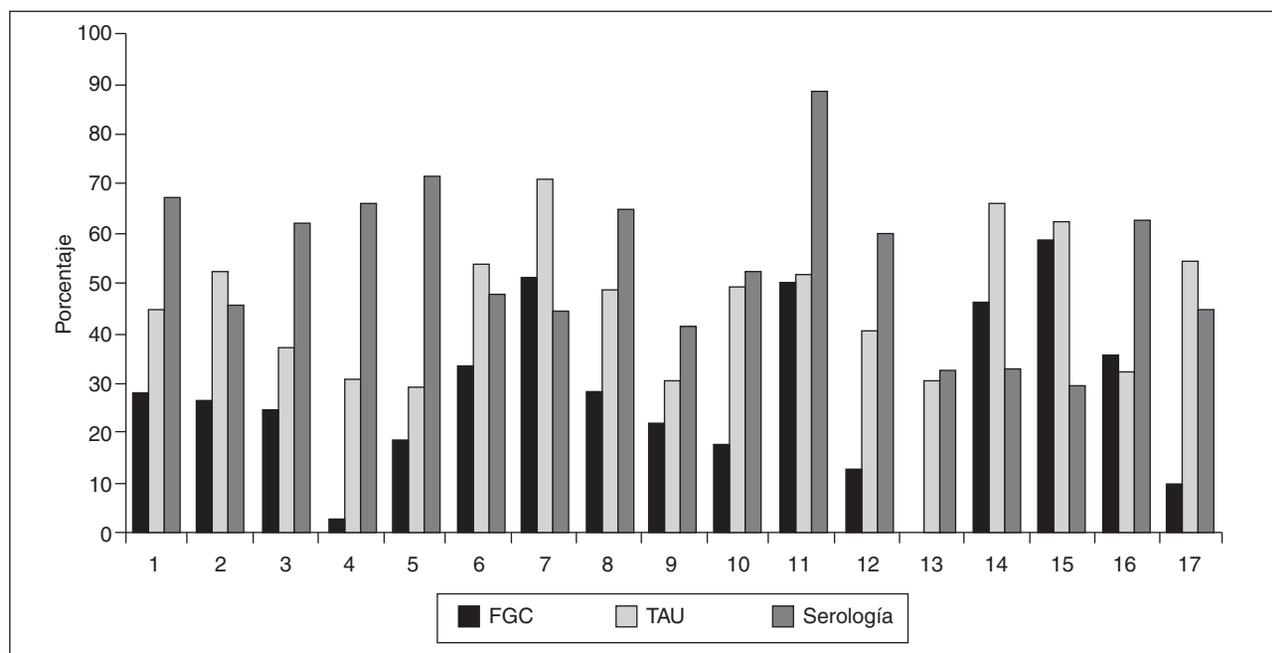


Fig. 5. Acceso a pruebas diagnósticas en menos de un mes por comunidades autónomas. FGC: fibrogastroscoopia; TAU: test del aliento. Porcentaje de médicos que tienen acceso a dichas pruebas en menos de un mes. 1. Andalucía; 2. Aragón; 3. Asturias; 4. Canarias; 5. Cantabria; 6. Castilla-La Mancha; 7. Castilla y León; 8. Cataluña; 9. Madrid; 10. Comunidad Valenciana; 11. Extremadura; 12. Galicia; 13. Baleares; 14. La Rioja; 15. Navarra; 16. País Vasco; 17. Comunidad de Murcia.

combina preguntas abiertas y cerradas, si bien el problema principal radica en la limitada disposición a contestar encuestas. Esto hace que en muchas ocasiones el nivel de respuesta sea bajo<sup>20,22</sup>. En este estudio el número de participantes fue muy elevado y la muestra incluyó a cerca de 1.000 entrevistados, lo que representa aproximadamente el 4% de todos los médicos de atención primaria de España<sup>18</sup>. Esto permite tener una razonable confianza en las estimaciones obtenidas, tanto sobre las actitudes en el manejo de la infección por *H. pylori* como sobre el acceso a las pruebas diagnósticas. No obstante, una de las limitaciones de este trabajo es que la selección de los encuestados no se realizó al azar, sino que, como en la mayoría de las encuestas, la participación fue voluntaria. Esto introduce un posible sesgo, ya que es probable que los médicos que contestan sean los más interesados en el tema.

Al comparar los resultados de este trabajo con los 2 anteriores realizados en ámbitos más reducidos, el área metropolitana de Barcelona<sup>16</sup> y en la comarca del Vallés Occidental (Barcelona)<sup>17</sup>, se observa que las 3 encuestas obtienen resultados similares, y muestran que las recomendaciones de las conferencias de consenso tanto española como europea se siguen de una manera razonable. Quizás el aspecto más novedoso e importante del presente estudio es la observación de una notable heterogeneidad geográfica en el acceso a recursos diagnósticos por parte de los médicos de atención primaria. El acceso a las pruebas diagnósticas es un punto clave tanto para el manejo del paciente con dispepsia como para el diagnóstico y el tratamiento de la infección por *H. pylori*. En este sentido, no se ha publicado ningún estudio previo en nuestro

país para determinar si los médicos de atención primaria tienen acceso a las pruebas diagnósticas o cuál es la demora de éstas desde la percepción del médico. El análisis de los datos obtenidos revela no sólo una importante limitación en el acceso, sino también una gran demora en la disponibilidad de las pruebas diagnósticas necesarias para manejar la infección por *H. pylori*.

Así, se detecta una notable dificultad en atención primaria para poder realizar una endoscopia o un test del aliento con urea marcada, y es prácticamente imposible solicitar un test de detección de antígeno de *H. pylori* en heces (11,9%). Incluso en las áreas donde los médicos de familia tienen acceso a las pruebas diagnósticas éstas sólo son accesibles después de largas demoras, lo cual conlleva que la mayoría de los pacientes requieran tratamiento sintomático con antisecretor durante la espera para las exploraciones. Dado que el tratamiento antisecretor durante 4 semanas cicatriza más del 85% de las úlceras o de la esofagitis<sup>26,27</sup>, la rentabilidad de las técnicas disminuye drásticamente<sup>28</sup>. Además, es bien sabido que los antisecretores causan una elevada tasa de pruebas del aliento falsamente negativas para *H. pylori*. Todo ello condiciona una notable disfunción en el manejo de los pacientes con dispepsia.

Además, el acceso y la demora a las pruebas diagnósticas no es el mismo en todas las comunidades autónomas, ya que mientras en Cataluña casi el 90% de los médicos pueden solicitar una endoscopia digestiva, en Cantabria el porcentaje apenas supera el 30%. Mientras que en Navarra el 60% tienen acceso a la endoscopia en menos de un mes, en Canarias este porcentaje no llega al 5%; en Cataluña, del

90% de los médicos que tienen acceso a la endoscopia, sólo un 32% lo tiene en menos de un mes. La serología que requiere únicamente una determinación analítica, es la prueba más accesible en menos de un mes para el médico de atención primaria de la mayor parte de las comunidades autónomas. Sin embargo, no es útil ni para el diagnóstico de la infección debido a su escasa fiabilidad, ni para la comprobación de la erradicación, en este caso porque sigue siendo positiva durante meses o años, con independencia de si el tratamiento ha sido o no eficaz<sup>7,29</sup>.

Estas diferencias en el acceso a las pruebas diagnósticas justifican distintas estrategias de manejo adaptadas a las técnicas diagnósticas que se encuentran disponibles y podrían explicar por qué no se cumplen algunas de las recomendaciones de las conferencias de consenso.

La comprobación de la erradicación de la infección por *H. pylori* es un punto de controversia. Las recomendaciones de las diferentes reuniones de expertos y de guías de práctica clínica son dispares. La Reunión de Consenso de Maastrich, la Sociedad Europea de Gastroenterología en Atención Primaria y la Guía de Práctica Clínica, publicada por las Sociedades Catalanas de Gastroenterología y de Medicina Familiar y Comunitaria, recomiendan no comprobar la erradicación de forma sistemática<sup>6,11</sup>. Por el contrario, la II Conferencia Española de Consenso recomienda una comprobación sistemática de la erradicación<sup>12</sup>. Se ha demostrado que la ausencia de sintomatología dispéptica después del tratamiento erradicador es un buen parámetro para predecir la erradicación con una sensibilidad del 97,5% y una especificidad de 90,6%<sup>30</sup>. Los estudios de coste-efectividad también sugieren que no es coste-efectivo comprobar la erradicación en pacientes con úlcera duodenal no complicada<sup>31</sup>. Los resultados obtenidos en este estudio reflejan esta variabilidad en la práctica habitual. Así, un 41,8% de los médicos realiza comprobación de la erradicación de forma sistemática, un 43,4% sólo si recidiva la sintomatología y un 6,3% sólo en las úlceras complicadas, mientras un 6% no lo realiza nunca. Mientras el acceso a las pruebas diagnósticas siga siendo igual, parece difícil que se cumplan de manera extensiva las recomendaciones. Por tanto, sería razonable que las recomendaciones de las reuniones de consenso tuvieran en cuenta la realidad de la práctica clínica. Alternativamente, una función de las reuniones de consenso puede ser dotar a las sociedades científicas de instrumentos para determinar qué exploraciones y tratamientos son indispensables para el correcto manejo de la enfermedad que presentan los pacientes. La participación de las sociedades científicas en el diseño de las políticas sanitarias es una asignatura pendiente en muchos ámbitos de la medicina en nuestro país.

En conclusión, el presente estudio revela una buena noticia que es la razonable adhesión de los médicos de familia a las recomendaciones sobre el tratamiento de la dispepsia y la infección por *H. pylori*. Sin embargo, el estudio aporta también 2 malas noticias. La primera, no del todo inesperada, es que, al menos en el ámbito de la dispepsia, la tarea del médico de familia se desarrolla en un contexto de precariedad. Tampoco parece razonable que la técnica más accesible al médico de familia sea la serología. En

cambio, el acceso al test del aliento (la técnica no invasiva más sensible y específica) sigue siendo limitado.

La segunda mala noticia es que se han detectado diferencias muy importantes en el acceso a las pruebas diagnósticas indispensables para el manejo adecuado de la dispepsia y la infección por *H. pylori* entre las distintas comunidades autónomas. Las notables diferencias regionales condicionan que, en determinadas áreas, el manejo no pueda realizarse de acuerdo con la mejor evidencia científica disponible. El manejo de las enfermedades según la estrategia médica más efectiva no puede estar supeditado a diferencias políticas o administrativas. Por tanto, consideramos que es urgente establecer una estrecha colaboración entre las administraciones y las sociedades científicas para que los procesos asistenciales –en este caso los relacionados con el manejo de la úlcera péptica y la infección por *H. pylori*– respondan a unos estándares mínimos basados en la evidencia científica.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Almíral S.A., y en particular a María José Albéniz, su colaboración en la difusión y recogida de las encuestas, sin la cual no hubiera resultado posible la realización del presente estudio. Agradecemos también al Club Español de *Helicobacter* la colaboración y el soporte ofrecido para realizar este estudio. Las opiniones reflejadas en el artículo son las de los autores, excepto cuando son específicamente referidas a una tercera parte.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Marshall BJ, Warren JR. Unidentified curved bacilli in the stomach of patients with gastritis and peptic ulceration. *Lancet*. 1984;1:1311-5.
2. Goodwin CS, Armstrong JA, Marshall BJ. *Campylobacter pyloridis*, gastritis, and peptic ulceration. *J Clin Pathol*. 1986;39:353-65.
3. Marshall BJ. The 1995 Albert Lasker Medical Research Award. *Helicobacter pylori*. The etiologic agent for peptic ulcer. *JAMA*. 1995;274:1064-6.
4. Forbes GM, Glaser ME, Cullen DJ, Warren JR, Christiansen KJ, Marshall BJ, et al. Duodenal ulcer treated with *Helicobacter pylori* eradication: seven-year follow-up. *Lancet*. 1994;343:258-60.
5. Van der Hulst RW, Rauws EA, Koycu B, Keller JJ, Bruno MJ, Tijssen JG, et al. Prevention of ulcer recurrence after eradication of *Helicobacter pylori*: a prospective long-term follow-up study. *Gastroenterology*. 1997;113:1082-6.
6. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C, Hungin AP, Jones R, Axon A, et al. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht 2-2000 Consensus Report. *Aliment Pharmacol Ther*. 2002;16:167-80.
7. Mones J, Gisbert JP, Borda F, Domínguez-Muñoz E. Indications, diagnostic tests and *Helicobacter pylori* eradication therapy. Recommendations by the 2nd Spanish Consensus Conference. *Rev Esp Enferm Dig*. 2005;97:348-74.
8. Gisbert JP, Calvet X, Gomollon F, Sainz R. Tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori*. Recomendaciones de la Conferencia Española de Consenso. *Med Clin (Barc)*. 2000;114:185-95.
9. Howden CW, Hunt RH. Guidelines for the management of *Helicobacter pylori* infection. Ad Hoc Committee on Practice Parameters of the American College of Gastroenterology. *Am J Gastroenterol*. 1998;93:2330-8.
10. NIH Consensus Conference. *Helicobacter pylori* in peptic ulcer disease. NIH Consensus Development Panel on *Helicobacter pylori* in Peptic Ulcer Disease. *JAMA*. 1994;272:65-9.

11. Azagra R, Barenys M, Benavent J, Bordas JM, Forne M, Mascort JJ. Guia de pràctica clínica per al diagnòstic i tractament de la dispèpsia i les malalties relacionades amb la infecció per *Helicobacter pylori* a l'atenció primària. Barcelona: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària i Societat Catalana de Digestologia; 2000, 2006.
12. Gisbert JP, Calvet X, Gomollon F, Mones J. Tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori*. Recomendaciones de la II Conferencia Española de Consenso. Med Clin (Barc). 2005;125:301-16.
13. Thamer M, Ray NF, Henderson SC, Rinehart CS, Sherman CR, Ferguson JH. Influence of the NIH Consensus Conference on *Helicobacter pylori* on physician prescribing among a Medicaid population. Med Care. 1998;36:646-60.
14. Lee JM, Deasy E, O'Morain CA. *Helicobacter pylori* eradication therapy: a discrepancy between current guidelines and clinical practice. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2000;12:433-7.
15. Breuer T, Goodman KJ, Malaty HM, Sudhop T, Graham DY. How do clinicians practicing in the US manage *Helicobacter pylori*-related gastrointestinal diseases? A comparison of primary care and specialist physicians. Am J Gastroenterol. 1998;93:553-61.
16. Martínez-Sánchez G, Saperas E, Benavent J, Mearin F, Pinol JL, Barenys M, et al. Actitud de los médicos de atención primaria del área metropolitana de Barcelona frente al diagnóstico y tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori* en enfermedades gastroduodenales. Gastroenterol Hepatol. 1998;21:473-8.
17. Gené E, Calvet X, Azagra R, López T, Cubells MJ. Manejo de la dispepsia, la enfermedad ulcerosa y la infección por *Helicobacter pylori* en atención primaria. Aten Primaria. 2002;29:486-94.
18. Anuario de la Sanidad y del Medicamento en España. El Médico. Profesión y Humanidades. 2005. p. 949.
19. Calvet X, Ducons J, Bujanda L, Bory F, Montserrat A, Gisbert JP. Seven versus ten days of rabeprazole triple therapy for *Helicobacter pylori* eradication: a multicenter randomized trial. Am J Gastroenterol. 2005;100:1696-701.
20. Fendrick AM, Hirth RA, Chernew ME. Differences between generalist and specialist physicians regarding *Helicobacter pylori* and peptic ulcer disease. Am J Gastroenterol. 1996;91:1544-8.
21. Azagra R, Gené E, Bonet JM, Sole F, Calvet X. Beneficios del tratamiento erradicador de la infección por *Helicobacter pylori* en pacientes ulcerosos en un centro de atención primaria. Aten Primaria. 2000;25:377-82.
22. Breuer T, Sudhop T, Goodman KJ, Graham DY, Malfertheiner P. How do practicing clinicians manage *Helicobacter pylori*-related gastrointestinal diseases in Germany? A survey of gastroenterologists and family practitioners. Helicobacter. 1998; 3:1-8.
23. Hirth RA, Fendrick AM, Chernew ME. Specialist and generalist physicians' adoption of antibiotic therapy to eradicate *Helicobacter pylori* infection. Med Care. 1996;34:1199-204.
24. Hobbs FD, Delaney BC, Rowsby M, Kenkre JE. Effect of *Helicobacter pylori* eradication therapy on dyspeptic symptoms in primary care. Fam Pract. 1996;13:225-8.
25. Weijnen CF, De Wit NJ, Numans ME, Quartero AO, Verheij TJ. Dyspepsia management in primary care in The Netherlands: to what extent is *Helicobacter pylori* diagnosis and treatment incorporated? Results from a survey among general practitioners in The Netherlands. Digestion. 2001;64:40-5.
26. Burget DW, Chiverton SG, Hunt RH. Is there an optimal degree of acid suppression for healing of duodenal ulcers? A model of the relationship between ulcer healing and acid suppression. Gastroenterology. 1990;99:345-51.
27. Castell DO, Kahrilas PJ, Richter JE, Vakil NB, Johnson DA, Zuckerman S, et al. Esomeprazole (40 mg) compared with lansoprazole (30 mg) in the treatment of erosive esophagitis. Am J Gastroenterol. 2002;97:575-83.
28. Smith T, Verzola E, Mertz H. Low yield of endoscopy in patients with persistent dyspepsia taking proton pump inhibitors. Gastrointest Endosc. 2003;58:9-13.
29. Gisbert JP, Vázquez MA, Cantero J, Pajares JM. Estudio de la validez de la serología «rápida» para el estudio de la infección por *Helicobacter pylori*. Aten Primaria. 2002;30:501-6.
30. Phull PS, Halliday D, Price AB, Jacyna MR. Absence of dyspeptic symptoms as a test of *Helicobacter pylori* eradication. BMJ. 1996;312:349-50.
31. Gené E, Calvet X, Azagra R. Diagnosis of *Helicobacter pylori* after triple therapy in uncomplicated duodenal ulcers: a cost-effectiveness analysis. Aliment Pharmacol Ther. 2000;14:433-42.