

# Manejo de la dispepsia, la enfermedad ulcerosa y la infección por *Helicobacter pylori* en atención primaria

E. Gené<sup>a</sup>, X. Calvet<sup>a</sup>, R. Azagra<sup>b</sup>, T. López<sup>c</sup> y M.J. Cubells<sup>c</sup>

**Objetivo.** Analizar el manejo de la dispepsia, la úlcera péptica y la infección por *Helicobacter pylori* (Hp) en atención primaria.

**Diseño.** Estudio observacional, transversal, realizado mediante cuestionario anónimo entre enero y octubre de 2000.

**Emplazamiento.** Atención primaria.

**Participantes.** Médicos de 17 centros de atención primaria (CAP).

**Mediciones.** Encuesta de 19 preguntas remitida por correo.

**Resultados principales.** Respondieron un 64,8% de los médicos (107/165). El 94,3% había realizado uno o más tratamientos erradicadores en el último año. El 89,7% indica erradicación de forma habitual en la úlcera duodenal y el 70,1% en la úlcera gástrica. El 79,4% no ha indicado nunca tratamiento erradicador sin documentar la infección por Hp. La endoscopia asociada a histología y/o ureasa es la técnica más utilizada para el diagnóstico. La pauta terapéutica más utilizada (77,6%) es omeprazol, claritromicina y amoxicilina durante 7 días, cada 12 h. El 44,9% comprueba siempre la erradicación después del tratamiento, mientras que el 36,4% sólo lo hace si recidiva la sintomatología. El test del aliento (72,7%) es la prueba más utilizada para comprobar la erradicación. No se observaron diferencias en las respuestas en función de la antigüedad ni la titularidad de la plaza. Por el contrario, los especialistas en medicina familiar y comunitaria (MFyC) remiten menos a menudo pacientes al digestólogo, utilizan menos el tránsito gastroesofágico, utilizan más el test del aliento y realizan más tratamientos en duodenitis erosiva en comparación con el resto de facultativos de atención primaria.

**Conclusiones.** Las actitudes observadas se adecuan razonablemente a lo establecido en las reuniones de consenso y varían entre los médicos MFyC y el resto de facultativos de atención primaria.

**Palabras clave:** *H. pylori*. Dispepsia. Atención primaria.

MANAGEMENT OF DYSPEPSIA, GASTRODUODENAL ULCER AND *HELICOBACTER PYLORI* INFECTION IN PRIMARY CARE

**Objective.** To evaluate management of dyspepsia, gastroduodenal ulcer and *Helicobacter pylori* infection in the setting of family practice.

**Design.** An observational transversal study was performed. An anonymous questionnaire was sent by mail between January and October 2000.

**Setting.** Primary care.

**Participants.** Physicians of 17 Primary Care centers.

**Results.** Sixty-four per cent of the physicians returned the answered questionnaire (107/165). Primary care doctors reported they had indicated eradication therapy at least once during last year in 94.3%; 89.7% usually indicate *H. pylori* eradication for duodenal ulcer and 70.1% for gastric ulcer. The main method for the study of dyspepsia was endoscopy associated with antral histology or rapid urease test for determination of *H. pylori* status.

Omeprazole, clarithromycin and amoxicillin twice daily for seven days was the preferred eradication therapy (77.6%). Forty-five percent of physicians systematically tested patients to confirm cure of the infection; 36.4% tested patients only if symptoms relapsed. Breath test (72.7%) was the preferred method to confirm eradication. Physicians with postgraduate speciality in Family Care and Community Medicine (MFyC) demand less often gastroenterologist evaluation, indicate less frequently upper tract radiology, use more often C13 urea breath test for diagnosis and indicate more often eradication treatment for erosive duodenitis than unspecialised family doctors.

**Conclusions.** Management of dyspepsia and *H. pylori* infection in Primary Care in our area is reasonably adapted to current consensus recommendations. Many differences in management were observed between MFyC and non-specialised primary care physicians.

**Key words:** *Helicobacter pylori*. Dyspepsia. Primary Care.

<sup>a</sup>Corporació Parc Taulí.

<sup>b</sup>ABS Badia del Vallès (DAP Cerdanyola).

<sup>c</sup>ABS Lepanto (DAP Sabadell). Barcelona.

Correspondencia: E. Gené. Servei de Medicina. Corporació Parc Taulí. Parc Taulí, s/n. 08208 Sabadell (Barcelona). Correo electrónico: egene@cspt.es; med011605@saludalia.com

Beca de la Sociedad Catalana de Digestología para proyectos de investigación.

Presentación de resultados preliminares en las XX Jornadas Sanitarias del Vallés y en el X Congreso de la Sociedad Catalana de Digestología.

Manuscrito aceptado para su publicación el 22-X-2001.

## Introducción

En 1983 Warren y Marshall describieron la relación entre la gastritis crónica y una bacteria que hoy conocemos con el nombre de *Helicobacter pylori*<sup>1</sup>. Desde entonces, se ha acumulado una amplia evidencia científica que demuestra el papel patogénico de *H. pylori* en diversas enfermedades del aparato digestivo, en especial, la úlcera péptica, el cáncer gástrico y el linfoma MALT<sup>2,3</sup>. Estos descubrimientos han producido un importante cambio en el manejo tanto de la patología ulcerosa como en la aproximación diagnóstica y terapéutica al paciente con dispepsia.

Se ha producido una verdadera avalancha de información sobre la infección por *H. pylori* y su tratamiento. El gran volumen de información y el continuo progreso —a menudo difundidos a través de revistas no especializadas— han dificultado la divulgación del conocimiento disponible. Los problemas de transmisión de la información han sido especialmente importantes en atención primaria, donde las revistas médicas de carácter general, la asistencia a congresos o la influencia de la industria farmacéutica son las principales fuentes de información<sup>4</sup>. De este modo se ha observado un cierto retraso en la aplicación de las recomendaciones sobre el tratamiento de la infección por *H. pylori* en atención primaria con respecto a la especializada<sup>4-7</sup>.

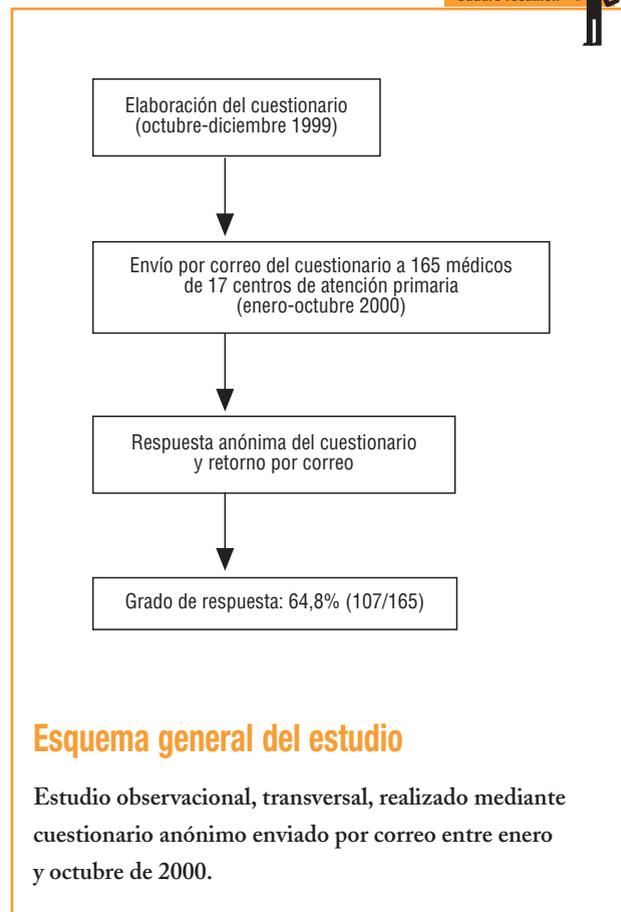
Se ha de tener en cuenta que la mayoría de los pacientes con dispepsia o con enfermedad ulcerosa se controlan en atención primaria<sup>8</sup> y que los médicos de atención primaria son los que realizan la mayoría de las indicaciones de tratamiento erradicador<sup>9</sup>. Por tanto, es fundamental facilitar el acceso a la información a los médicos de atención primaria, de manera que la asistencia a estos pacientes se realice de un modo estandarizado y coordinada con el resto de niveles asistenciales.

En este sentido, en la década de 1990 se iniciaron en EE.UU. las reuniones de consenso con el objetivo de divulgar el conocimiento científico acumulado sobre la infección por *H. pylori* y poder crear líneas comunes que permitan marcar las directrices a seguir<sup>10-12</sup>.

El primer intento de reunión de consenso en atención primaria lo llevó a cabo la Sociedad Europea de Gastroenterología en Atención Primaria, en 1998<sup>13</sup>. Su objetivo fue identificar los temas clave en el manejo de la infección por *H. pylori* y desarrollar una serie de recomendaciones que pudieran ser aplicadas al amplio espectro de pacientes que son atendidos en atención primaria.

En nuestro país hay que destacar 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<sup>14</sup> elaborada conjuntamente por la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y

Material y métodos  
Cuadro resumen



Comunitaria y la Sociedad Catalana de Gastroenterología. Dicha guía ha representado un importante esfuerzo en la línea de estandarización del tratamiento y de coordinación entre atención primaria y especializada.

A pesar de todos los esfuerzos realizados para divulgar la información, la puesta en práctica de las recomendaciones de las reuniones de consenso es un proceso lento<sup>8,9</sup>. Se han publicado muchos trabajos con el objetivo de analizar su implantación<sup>4-7,15-17</sup>. Únicamente uno de estos estudios, realizado hace tres años, analiza la situación de nuestro país<sup>17</sup>. En consecuencia, el grado de conocimiento sobre la actitud de los médicos de atención primaria ante la dispepsia y el tratamiento de la infección por *H. pylori* en nuestro medio es muy limitado. Tampoco disponemos de datos sobre el grado de cumplimiento de los estándares terapéuticos recomendados por las recientes guías de práctica clínica.

El objetivo del presente estudio fue, por tanto, analizar el manejo terapéutico de la dispepsia y la infección por *H. pylori* por parte de los médicos de atención primaria, y evaluar el grado de cumplimiento de las recomendaciones de las reuniones de consenso.

**TABLA 1** Características de los médicos que contestaron la encuesta

	Número (%)
<b>Formación</b>	
Especialistas en MFyC	48 (44,9)
Médicos generales	51 (47,7)
Otros	7 (6,5)
NS/NC	1 (0,9)
<b>Situación</b>	
Titular	73 (68,2)
Interino	32 (29,9)
NS/NC	2 (1,9)
<b>Antigüedad (años)</b>	
< 1	20 (18,7)
1-5	23 (21,5)
6-10	30 (28)
> 10	32 (29,9)
NS/NC	2 (1,9)

MFyC: medicina familiar y comunitaria; NS/NC: no sabe/no contesta.

## Material y métodos

### Diseño de la encuesta

Se elaboró una encuesta con 19 preguntas. Las tres primeras eran preguntas generales referentes a la situación personal del médico (formación, situación y antigüedad en la plaza). Las 16 siguientes eran preguntas específicas del manejo de la dispepsia en pacientes con infección por *H. pylori*.

La encuesta fue diseñada por un digestólogo y 4 médicos de familia basándose en las recomendaciones de diversas sociedades científicas<sup>14</sup>, en la última reunión de consenso celebrada en Madrid<sup>18</sup> y en los datos analizados en encuestas previas<sup>17</sup>. Se acompañaba de una carta de presentación explicativa del objetivo del estudio. El tiempo previsto para su cumplimentación fue de aproximadamente 10 min.

### Sujetos y método

Se seleccionaron los 17 centros de atención primaria (CAP) que tienen como hospital de referencia el Hospital de Sabadell y que están englobados en la Dirección de Atención Primaria (DAP) de Cerdanyola y de Sabadell.

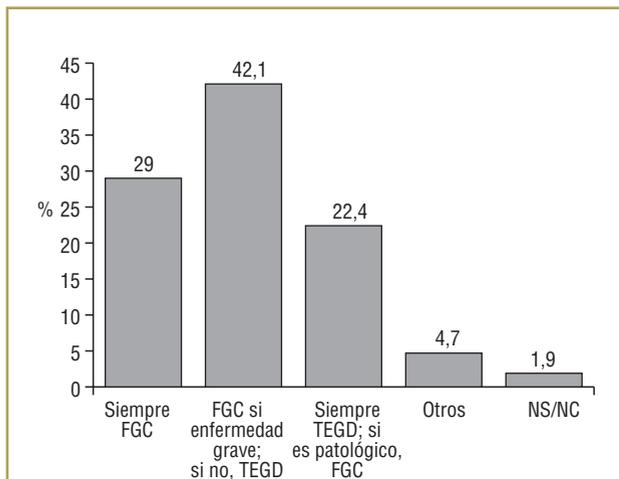
Se remitió la encuesta por correo dirigida al coordinador de cada CAP, para que la entregara a los médicos que en ese momento estuvieran trabajando en su CAP. La encuesta se contestó de forma anónima y fue devuelta igualmente por correo a través del coordinador de cada centro. Se consideró criterio de exclusión ser médico especialista en formación.

**TABLA 2** Respuestas a las principales preguntas referentes al manejo de la dispepsia

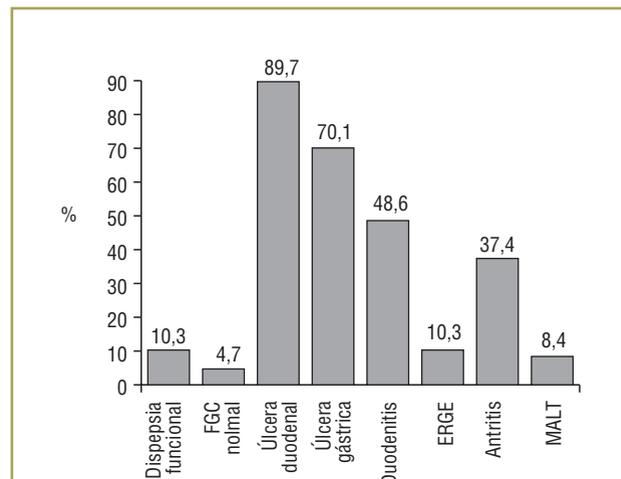
Respuesta	Total, n (%)	MG (%)	MFyC (%)	p*
<b>1. ¿Qué técnica diagnóstica utiliza en la dispepsia?</b>				
Siempre FGC	31 (29)	23,5	39,6	NS
FGC si sospecho patología grave. Si no, TEGD	45 (42,1)	41,2	41,7	NS
Siempre TEGD inicialmente y FGC si es patológico	24 (22,4)	29,4	12,5	0,04
Otras	5 (4,7)	5,9	4,2	NS
NS/NC	2 (1,9%)	0	2,1	NS
<b>2. En un paciente con FGC o TEGD y ecografía normales y dispepsia rebelde al tratamiento, ¿qué hace?</b>				
Lo envió al digestólogo	30 (28)	41,2	10,4	0,001
Estudio de <i>H. pylori</i> y tratamiento de erradicación	55 (51,4)	52,9	54,2	NS
Tratamiento sintomático	19 (17,8)	3,9	33,3	< 0,001
NS/NC	3 (2,8%)	2,0	2,1	NS
<b>3. ¿Cuántas veces ha aplicado en los últimos dos años las recomendaciones del consenso de Maastrich (<i>test and treat</i>) para el manejo de la dispepsia en el paciente joven sin signos de gravedad?</b>				
No lo veo correcto. No lo he hecho nunca	26 (24,3)	17,6	33,3	0,07
Me parece bien pero no lo he hecho nunca	34 (31,8)	37,3	31,3	NS
Entre 1 y 5 veces	24 (22,4)	21,6	20,8	NS
Entre 6 y 15	14 (13,1)	17,6	6,3	NS
Más de 15	7 (6,5)	2	8,3	NS
NS/NC	2 (1,9)	2	0	NS

\*Comparando MG y MFyC.

MFyC: medicina familiar y comunitaria; MG: medicina general; TEGD: tránsito esofagogastroduodenal; FGC: fibrogastroscopia; NS/NC: no sabe/no contesta; NS: no significativo.



**FIGURA 1** Técnica diagnóstica utilizada para el estudio de la dispepsia. FGC: fibrogastroscofia; TEGD: tránsito esofagogastroduodenal.



**FIGURA 2** Indicación de tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori* según patología. ERGE: enfermedad por reflujo gastroesofásico.

### Análisis estadístico

Los resultados de la encuesta han sido procesados mediante el paquete estadístico SPSS 9.0 para windows. Se ha utilizado el test estadístico de la  $\chi^2$  para la comparación de las frecuencias observadas entre las diferentes variables (formación, situación y antigüedad), considerándose los resultados estadísticamente significativos aquellos con un valor de  $p < 0,05$ .

En vista de las tasas de respuesta de encuestas previas<sup>4-7,16,17</sup>, se fijó empíricamente y *a priori* una tasa de respuesta mínima superior al 60% como límite para poder aceptar la validez de los resultados.

## Resultados

### Grado de respuesta al cuestionario

Los 17 CAP que participaron en la encuesta dan cobertura sanitaria a 12 municipios del Área del Vallés Occidental (Barcelona), con una población censada de aproximadamente 400.000 habitantes, con un nivel socioeconómico medio-bajo.

Respondieron la encuesta un total de 107 médicos de los 165 teóricos que componen la DAP de Cerdanyola y de Sabadell (64,8%). El 44,9% eran especialistas en medicina familiar y comunitaria (MFyC), el 68,2% tenían la plaza en titularidad y el 30% tenían más de 10 años de antigüedad en la plaza (tabla 1).

### Actitud ante la dispepsia

Los resultados de las preguntas referentes al manejo de la dispepsia se resumen en la tabla 2. Ante un paciente con dispepsia aguda y sin signos de gravedad, el 67,1% de los médicos indican tratamiento sintomático y control evolutivo en 1-2 semanas. Si la dispepsia se presenta de forma

recurrente, el 75,7% además del tratamiento sintomático, realiza un estudio mediante tránsito esofagogastroduodenal (TEGD) y/o endoscopia digestiva alta (FGC).

En cuanto a la técnica diagnóstica utilizada en el estudio de la dispepsia, el 29% solicita siempre una FGC, mientras que el 42,1% solicita siempre TEGD, excepto en el caso de que sospechen patología grave, en que también utilizarían de entrada la FGC (fig. 1).

Un 56,1% de los médicos refirieron no haber puesto nunca en práctica la estrategia de *test and treat* (test para demostrar la infección por *H. pylori* y tratamiento si éste es positivo) recomendado en el consenso de Maastrich como primera aproximación al paciente joven con dispepsia y sin signos de alarma. Un 24,3% no considera correctas dichas recomendaciones.

### Tratamiento de la úlcera péptica y la infección por *H. pylori*

El 94,3% ha realizado en el último año uno o más tratamientos erradicadores de la infección por *H. pylori*, un 6,5% ha realizado más de 15 en el mismo período de tiempo.

En las indicaciones de tratamiento erradicador, el 89,7% lo indica en la úlcera duodenal y el 70,1% en la úlcera gástrica. Por el contrario, el 4,7% lo hace con endoscopia normal y el 10,3% en la dispepsia de tipo funcional (fig. 2).

El 79,4% no ha indicado nunca tratamiento erradicador sin un test diagnóstico de infección por *H. pylori*. La FGC con histología y/o ureasa es la prueba más utilizada para el diagnóstico de *H. pylori*.

En referencia al tratamiento de erradicación, el 90% utiliza una pauta correcta según las recomendaciones de los diversos consensos (dos antibióticos –claritromicina y amoxicilina o metronidazol si existe alergia a la penicilina– con un inhibidor de la bomba de protones durante 7 o más

**TABLA 3** Respuestas a las principales preguntas referentes al manejo de la enfermedad ulcerosa y la infección por *Helicobacter pylori*

Respuesta	Total, n (%)	MG (%)	MFyC (%)	p*
1. ¿Cuántos tratamientos erradicadores ha realizado durante el último año?				
Ninguno	6 (5,6)	7,8	2,1	NS
1-5	56 (52,3)	47,1	58,3	NS
6-15	38 (35,5)	37,3	37,5	NS
> 15	7 (6,5)	7,8	2,1	NS
2. ¿En cuál de estas patologías indica habitualmente tratamiento erradicador de <i>H. pylori</i> ?				
Dispepsia funcional	11 (10,3)	14,9	6,4	NS
Endoscopia normal	5 (4,7)	4,3	4,3	NS
Úlcera duodenal	96 (89,7)	95,7	95,7	NS
Úlcera gástrica	75 (70,1)	74,5	74,5	NS
Duodenitis erosiva	52 (48,6)	40,4	63	0,03
Enfermedad por reflujo gastroesofágico	11 (10,3)	17	2,1	0,03
Antritis	40 (37,4)	25,5	53,2	0,006
Linfoma MALT	9 (8,4)	8,5	10,6	NS
3. ¿Alguna vez ha realizado tratamiento erradicador sin un test diagnóstico de infección por <i>H. pylori</i> ?				
No	85 (79,4)	78,4	83	NS
En las úlceras duodenales	18 (16,8)	19,6	14,9	NS
En las úlceras gástricas	3 (2,8)	2	4,3	NS
En las dispepsias	2 (1,9)	3,9	0	NS
Otros	1 (0,9)	0	2,1	NS
NS/NC	2 (1,9%)	-	-	
4. ¿Qué técnica utiliza para diagnosticar infección por <i>H. pylori</i> antes de tratarla?				
TAU 13C	9 (8,4)	13,7	4,2	NS
FGC + histología y/o ureasa	67 (62,6)	54,9	75	0,03
Serología	24 (22,4)	23,5	16,7	NS
NS/NC	7 (6,5)	7,8	4,2	NS
5. Escriba la pauta erradicadora que realiza más frecuentemente				
OCA 7 días	83 (77,6)	72,5	87,5	NS
OCA 10 días	8 (7,5)	7,8	6,3	NS
Pauta correcta	96 (90)	88,2	93,8	NS
NS/NC	6 (5,6)	7,8	2,1	NS
6. ¿Realiza comprobación de la erradicación de <i>H. pylori</i> ?				
Siempre	48 (44,9)	50	40,4	NS
Si recidiva la sintomatología	39 (36,4)	38,3	42,6	NS
Nunca	9 (8,4)	10,4	6,4	NS
Solamente en las úlceras complicadas	6 (5,6)	2,1	10,6	NS
NS/NC	5 (4,7)	-	-	
7. ¿Qué técnica utiliza si comprueba la erradicación de <i>H. pylori</i> en una úlcera duodenal?				
TAU 13C	78 (72,9)	62,7	85,4	0,01
FGC + histología y/o ureasa	5 (4,7)	5,9	4,2	NS
Serología	13 (12,1)	15,7	6,3	NS
NS/NC	11 (10,3)	15,7	4,2	NS
8. ¿En las úlceras gástricas realiza control mediante FGC y biopsia?				
Siempre	78 (72,9)	68,6	79,2	NS
Nunca	4 (3,7)	3,9	4,2	NS

**TABLA 3** Respuestas a las principales preguntas referentes al manejo de la enfermedad ulcerosa y la infección por *Helicobacter pylori* (continuación)

Respuesta	Total, n (%)	MG (%)	MFyC (%)	p*
En función del TEGD y la evolución	21 (19,6)	23,5	14,6	NS
NS/NC	4 (3,7)	3,9	2,1	NS
9. En los pacientes bien controlados con tratamiento antisecretor de mantenimiento				
Mantengo el tratamiento antisecretor	16 (15)	23,5	6,3	0,01
Los busco y erradico <i>H. pylori</i>	38 (35,5)	29,4	35,4	NS
Los voy erradicando cuando vienen por síntomas	49 (45,8)	41,2	56,3	NS
NS/NC	4 (3,7)	5,9	2,1	NS

\*Comparando MG y MFyC.

MFyC: medicina familiar y comunitaria; MG: medicina general; TEGD: tránsito esofagogastroduodenal; FGC: fibrogastroscopia; NS/NC: no sabe/no contesta; NS: no significativo; TAU 13C: test del aliento; OCA: omeprazol, claritromicina, amoxicilina.

días), siendo la pauta de omeprazol, claritromicina y amoxicilina administrada cada 12 h durante 7 días la más empleada (77,6%).

La comprobación de la erradicación la realizan siempre el 44,9% de los médicos, mientras que el 36,4% sólo comprueba la erradicación si la sintomatología recidiva. El test del aliento con urea marcada con <sup>13</sup>C (TAU <sup>13</sup>C) es la técnica más utilizada para realizar la comprobación (72,7%).

En las úlceras gástricas aproximadamente un 25% de los médicos no realizan control mediante FGC y biopsia.

Por último, existe un 15% de médicos que mantienen el tratamiento antisecretor a los pacientes ulcerosos en vez de realizar tratamiento erradicador de *H. pylori*. Las respuestas detalladas a las principales preguntas pueden verse en la tabla 3.

#### *Papel de la antigüedad, de la naturaleza del puesto de trabajo y de la titulación de base*

Al analizar la influencia de las variables personales recogidas, no encontramos diferencias para la antigüedad ni la situación (titular o interino). Sin embargo, al analizar la formación de los médicos del área, se observó que los especialistas en MFyC remiten menos al digestólogo a los pacientes con dispepsia rebelde al tratamiento, utilizan menos el TEGD como técnica inicial para el estudio del

paciente con dispepsia sin signos de alarma, utilizan más el TAU <sup>13</sup>C para comprobar la erradicación en el paciente con úlcera duodenal, realizan más tratamientos erradicadores en pacientes con antritis y duodenitis erosiva, llevan a cabo menos tratamientos erradicadores en pacientes con enfermedad por reflujo y prescriben con menor frecuencia tratamiento antisecretor de mantenimiento en los pacientes ulcerosos que los médicos generales (tabla 4).

## Discusión

El resultado de la presente encuesta demuestra que, en general, los médicos que respondieron a ella se adhieren razonablemente a lo establecido en las reuniones de consenso respecto de la infección por *H. pylori* y la enfermedad gastroduodenal. Así, más del 94% de los médicos encuestados realizaron uno o más tratamientos erradicadores durante el último año, la FGC con histología y/o ureasa es la prueba más utilizada para el diagnóstico de *H. pylori*, cerca del 90% efectúa tratamiento de erradicación con una pauta correcta y un 96% indica tratamiento erradicador en los pacientes con úlcera duodenal. Sin embargo, queda campo para la mejora, ya que únicamente un 75% realizan tratamiento en la úlcera gástrica, si bien este porcentaje

**TABLA 4** Diferencias entre médicos de familia (MFyC) y médicos generales (MG) en el manejo de la dispepsia, la enfermedad ulcerosa y la infección por *Helicobacter pylori*

Los MFyC en comparación con los MG

1. Remiten menos al digestólogo a los pacientes con dispepsia rebelde al tratamiento
2. Utilizan menos el TEGD como técnica inicial para el estudio del paciente con dispepsia sin signos de alarma
3. Utilizan más la FGC con histología y/o ureasa como técnica diagnóstica de la infección por *H. pylori* antes de tratarla
4. Utilizan más el TAU 13C para comprobar la erradicación en el paciente con úlcera duodenal
5. Realizan más tratamientos erradicadores en pacientes con antritis y duodenitis erosiva, y menos tratamientos en pacientes con enfermedad por reflujo
6. Realizan menos tratamientos antisecretores de mantenimiento en los pacientes ulcerosos

TEGD: tránsito esofagogastroduodenal; TAU 13C: test del aliento; FGC: fibrogastroscopia.



podría deberse a que los pacientes con úlcera gástrica podrían ser derivados para su tratamiento al digestólogo. Estas dos indicaciones junto con el linfoma gástrico tipo MALT son las indicaciones que recomiendan todas las reuniones de consenso<sup>10-14</sup>. Por el contrario, otras indicaciones como la dispepsia funcional o la enfermedad por reflujo gastroesofágico no están consensuadas hoy día. Así, cabe también destacar que un 25,3% indica tratamiento erradicador en situaciones no consensuadas y en especial casi un 5% en pacientes con endoscopia normal.

De manera más preocupante, casi un 25% no sigue las recomendaciones de realizar una gastroscopia de control y biopsias tras el tratamiento de una úlcera gástrica para comprobar su correcta cicatrización y confirmar la ausencia de neoplasia

La aplicación del *test and treat* propuesto en el consenso de Maastrich en 1996<sup>12</sup> sigue siendo controvertida, y no se aplica en la práctica en atención primaria. En este estudio un 56,1% de los médicos no la ha empleado nunca, y un 24,3% no la ve como una alternativa correcta.

Por el contrario, para el estudio inicial de la dispepsia, la endoscopia digestiva sigue siendo la prueba más utilizada. Un 29% la utiliza siempre, mientras que un 42,1% la emplea en el caso de que sospeche patología grave; en caso contrario utilizan el TEGD. Este hecho estaría en relación con el fácil y rápido acceso que en el área siempre se ha tenido al tránsito esofagogastroduodenal (en contraste con las esperas para endoscopia, que oscilan entre uno y tres meses), lo que permitía hacer una primera aproximación al paciente con dispepsia.

La prevalencia de *H. pylori* en la úlcera duodenal es casi del 100% si excluimos los pacientes que toman antiinflamatorios no esteroideos o aquéllos con tratamiento previo con antibióticos o inhibidores de la bomba de protones<sup>19,20</sup>. Por tanto, es en la úlcera duodenal donde existe evidencia científica para realizar el tratamiento erradicador de forma empírica sin necesidad de efectuar pruebas previas de detección de la infección por *H. pylori*<sup>21,22</sup>. A pesar de esta evidencia, el tratamiento erradicador de forma empírica es una práctica poco habitual en los médicos del área estudiada y no recomendada por las reuniones de consenso de nuestro país<sup>14,18</sup>. Un 80% no lo ha hecho nunca, mientras que un 16% lo ha realizado alguna vez en las úlceras duodenales. Son muchos los pacientes en atención primaria que han sido diagnosticados de enfermedad ulcerosa hace años, sin que por aquel entonces se determinara la presencia de *H. pylori* como agente causal. Tal como se ha apuntado en distintos estudios de coste efectividad<sup>21</sup>, el tratamiento erradicador empírico de la úlcera duodenal puede no solamente reducir el coste del tratamiento de la úlcera sino también –y más importante– aumentar su eficacia.

En cuanto al tratamiento erradicador, un 94,3% ha realizado uno o más en el último año. La pauta más utilizada es la recomendada por todas las reuniones de consenso y sociedades científicas, esto es, omeprazol, claritromicina

## Lo conocido sobre el tema

- Está demostrado el papel patogénico de *Helicobacter pylori* en el cáncer gástrico, el linfoma tipo MALT y la enfermedad ulcerosa.
- Las reuniones de consenso recomiendan detectar la infección por *H. pylori* y realizar tratamiento sistemático.
- La información sobre la actitud de los médicos de atención primaria ante la dispepsia y el tratamiento de la infección por *H. pylori* es limitada.

## Qué aporta este estudio

- Las actitudes observadas en los médicos de atención primaria que contestaron la encuesta se adecuan razonablemente a lo establecido en las reuniones de consenso.
- La formación en medicina familiar y comunitaria influye en las actitudes observadas, no así la antigüedad en la plaza o la situación de la misma (titular o interino).

y omeprazol (inhibidor de bomba de protones) durante 7 días administrada 2 veces al día. Si aceptamos como correcta cualquier pauta que contenga dos antibióticos (claritromicina y amoxicilina, cambiando amoxicilina por metronidazol en pacientes alérgicos a la penicilina) y un inhibidor de la bomba de protones durante 7 o más días, un 90% de las pautas entrarían dentro de las consideradas correctas.

La comprobación de la erradicación es un tema sobre el que no existe un claro consenso. Se ha demostrado que la ausencia de sintomatología dispéptica después del tratamiento erradicador es un buen parámetro para predecir la erradicación<sup>23</sup>. Estudios de coste-efectividad recientes indican que no es necesario comprobar la erradicación en los pacientes con úlcera duodenal no complicada, reservando los controles para aquellos pacientes que presentan una recidiva sintomática<sup>24</sup>. Por el contrario, sí se considera necesario realizar control en úlceras complicadas y en todos los casos de úlcera gástrica, en este caso mediante endoscopia y con biopsias múltiples para descartar neoplasia incipiente y comprobar la correcta cicatrización de la misma. Las reuniones de consenso hacen recomendaciones dispares respecto a este tema. El consenso de Maastrich, la Sociedad Europea de Gastroenterología en Atención Primaria y la guía de práctica clínica publicada en Barcelona por la Sociedad Catalana de Gastroenterología y la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria recomiendan

no comprobar la erradicación de forma sistemática, reservándola a la úlcera gástrica o a la duodenal complicada. Por el contrario, la Conferencia Española de Consenso adopta una actitud más conservadora y aconseja comprobar siempre la erradicación mediante TAU <sup>13</sup>C. La actitud de los médicos de cabecera en nuestra área refleja la falta de consenso en este campo. Así, el 45% de los médicos respondieron que siempre realizan comprobación de la erradicación después de efectuar tratamiento erradicador, un 8,4% no lo lleva a cabo nunca y un 36,4% lo realiza sólo si recidiva la sintomatología.

En cualquier caso, la técnica de elección para comprobar la erradicación debe ser el TAU <sup>13</sup>C. La serología no es una prueba generalmente aceptada, a pesar de que el 12,1% de los médicos de este trabajo contestaron que la utilizaban. La negativización de los anticuerpos contra *H. pylori* después de la curación de la infección es poco habitual y, por tanto la persistencia de una serología positiva no significa que exista infección activa. Por otro lado, varios estudios recientes han demostrado que el descenso de los títulos de anticuerpos es un método excelente para comprobar la erradicación<sup>25</sup>. Sin embargo, la determinación debe realizarse a los 6 meses de finalizado el tratamiento, requiere guardar congelada la muestra de la serología inicial y disponer de los títulos de anticuerpos pre y posterradicación, por lo que su implantación en nuestro medio puede resultar compleja. La endoscopia queda descartada (excepto en la úlcera gástrica) por su invasividad y las molestias que genera al paciente. Finalmente, el papel de nuevas técnicas no invasivas como la detección de antígeno en heces (HpSA) en el control posterradicación es aún controvertido<sup>26</sup> y no se utiliza de momento en atención primaria.

En nuestro medio, hasta un 15% de los médicos mantiene el tratamiento antisecretor a los pacientes ulcerosos con infección por *H. pylori* sin indicar tratamiento de erradicación. Esta actitud resulta en la actualidad claramente incorrecta. Los beneficios de la erradicación se centran en la práctica desaparición de las recidivas ulcerosas y, por tanto, del riesgo de complicaciones<sup>27-30</sup>. La mejoría en la calidad de vida del paciente<sup>31</sup> y la disminución del consumo de recursos sanitarios son consecuencias de las anteriores<sup>15,32-34</sup>. Finalmente, las variables antigüedad en la plaza y situación (titular o interino) no influyeron en los resultados. La variable formación médica (especialistas en MFyC) ejerció, por el contrario, un importante efecto sobre las actitudes terapéuticas. Así, entre otras, los especialistas en MFyC indican más tratamientos erradicadores en los pacientes con antritis y duodenitis erosiva. Esta actitud es del todo correcta, dado que las duodenitis erosivas se relacionan con la infección por *H. pylori* y responden de modo evidente a la erradicación<sup>35</sup>.

Los resultados obtenidos son similares a los del estudio previo realizado en los médicos de atención primaria del área metropolitana de Barcelona en el año 1997<sup>17</sup>. Comparando los resultados de los dos estudios (con una dife-

rencia de tres años) encontramos que la endoscopia sigue siendo la prueba más utilizada para el estudio del paciente con dispepsia y síntomas de alarma. La proporción de médicos que realizaría tratamiento en enfermedad por reflujo o con endoscopia normal ha disminuido en nuestro estudio. También ha disminuido el número de médicos que comprueba sistemáticamente la erradicación. Por el contrario, ha aumentado el control con endoscopia después del tratamiento erradicador en los pacientes con úlcera gástrica, y el uso del test del aliento como técnica para comprobar la erradicación también es ligeramente más elevado en nuestra área.

La única variable que ha influido en las diferentes respuestas en los dos estudios es la formación en MFyC.

La tasa de respuesta obtenida del 64,8% es superior a la obtenida en otros estudios (30-52%) realizados mediante el método de encuesta enviada por correo con el objetivo de valorar las diferencias entre gastroenterólogos y médicos de atención primaria en el manejo de la infección por *H. pylori*<sup>4-7</sup>, siendo las tasas de respuesta similares a las encuestas con mejores resultados, como la realizada en Barcelona<sup>17</sup> o la de los ulcerosos controlados con tratamiento antisecretor de mantenimiento. Al tratarse de un estudio realizado mediante cuestionario contestado de forma anónima no es posible conocer las características del 35,2% de los médicos que no contestaron. Este hecho podría limitar la generalización de los resultados, si bien, dado que se trata de facultativos del mismo ámbito integrados en equipos de atención primaria, es poco posible que existan diferencias respecto a los puntos evaluados en la encuesta.

La estandarización de determinados aspectos, como la necesidad de comprobar la presencia de infección antes de realizar tratamiento en los pacientes con úlcera duodenal o la necesidad de comprobar la erradicación en las úlceras duodenales no complicadas, tendrá que esperar a que la aparición de nueva evidencia científica dirima las divergencias entre los propios expertos que realizan las recomendaciones.

## Agradecimientos

Queremos agradecer a las DAP de Cerdanyola y Sabadell su colaboración en este trabajo, así como a los coordinadores de los diferentes CAP por su colaboración en la difusión de la encuesta y en la recogida de los cuestionarios.

También queremos agradecer a todos los médicos que han participado en el estudio el tiempo dedicado a contestar las preguntas del cuestionario.

## 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. DeCross AJ, Marshall BJ. The role of *H. pylori* in acid-peptic disease. *Am J Med Sci* 1993;306:381-92.
3. Marshall BJ. The 1995 Albert Lasker Medical Research Award. *H. pylori*. The etiologic agent for peptic ulcer. *JAMA* 1995;274:1064-6.
4. Breuer T, Goodman KJ, Malaty HM, Sudhop T, Graham DY. How do clinicians practicing in the U.S. manage *H. pylori*-related gastrointestinal diseases? A comparison of primary care and specialist physicians. *Am J Gastroenterol* 1998;93:553-61.
5. Breuer T, Sudhop T, Goodman KJ, Graham DY, Malfertheiner P. How do practicing clinicians manage *H. pylori*-related gastrointestinal diseases in Germany? A survey of gastroenterologists and family practitioners. 1998;3:1-8.
6. Fendrick AM, Hirth RA, Chernew ME. Differences between generalist and specialist physicians regarding *H. pylori* and peptic ulcer disease. *Am J Gastroenterol* 1996;91:1544-8.
7. Hirth RA, Fendrick AM, Chernew ME. Specialist and generalist physicians adoption of antibiotic therapy to eradicate *H. pylori* infection. *Med Care* 1996;34:1199-204.
8. Thamer M, Ray NF, Henderson SC, Rinehart CS, Sherman CR, Ferguson JH. Influence of the NIH Consensus Conference on *H. pylori* on physician prescribing among a Medicaid population. *Med Care* 1998;36:646-60.
9. Lee JM, Deasy E, O'Morain CA. *H. pylori* eradication therapy: a discrepancy between current guidelines and clinical practice. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2000;12:433-7.
10. NIH Consensus Conference. *H. pylori* in peptic ulcer disease. NIH Consensus Development Panel on *H. pylori* in Peptic Ulcer Disease. *JAMA* 1994;272:65-9.
11. Soll AH. Consensus conference. Medical treatment of peptic ulcer disease. Practice guidelines. Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. *JAMA* 1996;275:622-9.
12. European *H. pylori* Study Group. Current European concepts in the management of *H. pylori* infection. The Maastricht Consensus Report. *Gut* 1997;41:8-13.
13. Rubin G, Meineche-Schmidt V, Roberts AP, Childs SM, De Wit NJ. The management of *H. pylori* infection in primary care. Guidelines from The European Society of Primary Care Gastroenterology. *Eur J Gen Pract* 1999;1999:98-104.
14. Azagra R, Barenys M, Benavent J, Bordas JM, Forné M, Mascort JJ, et al. Guia de pràctica clínica per al diagnòstic i tractament de la dispepsia i les malalties relacionades amb la infecció per *H. pylori* a l'Atenció Primària. Barcelona: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària i Societat Catalana de Digestologia, 2000.
15. Hobbs FD, Delaney BC, Rowsby M, Kenkre JE. Effect of *H. pylori* eradication therapy on dyspeptic symptoms in primary care. *Fam Pract* 1996;13:225-8.
16. Weijnen CF, De Wit NJ, Numans ME, Quartero AO, Verheij TJ. Dyspepsia management in primary care in the Netherlands, to what extent is *H. pylori* diagnosis and treatment incorporated? *Gut* 2000;47(Suppl 1):115.
17. 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 *H. pylori* en enfermedades gastroduodenales. *Gastroenterol Hepatol* 1998;21:473-8.
18. Sainz R, Borda F, Domínguez E, Gisbert JP. Conferencia Española de Consenso sobre la infección por *H. pylori*. *Rev Esp Enferm Dig* 1999;91:777-84.
19. Gisbert JP, Blanco M, Mateos JM, Fernández-Salazar L, Fernández-Bermejo M, Cantero J, et al. *H. pylori*-negative duodenal ulcer prevalence and causes in 774 patients. *Dig Dis Sci* 1999;44:2295-302.
20. Rosengren H, Polson RJ. The role of screening for *H. pylori* in patients with duodenal ulceration in the primary health care setting. *Br J Gen Pract* 1996;46:177-9.
21. Badia X, Brosa M, Casado A, Segú L, Álvarez A. Análisis coste-efectividad de estrategias de diagnóstico-tratamiento del úlcus péptico asociados a *H. pylori* en atención primaria. *Aten Primaria* 1999;24:344-51.
22. García-Altes A, Jovell AJ, Serra-Prat M, Aymerich M. Management of *H. pylori* in duodenal ulcer: a cost-effectiveness analysis. *Aliment Pharmacol Ther* 2000;14:1631-8.
23. Phull PS, Halliday D, Price AB, Jacyna MR. Absence of dyspeptic symptoms as a test of *H. pylori* eradication. *Br Med J* 1996;312:349-50.
24. Gené E, Calvet X, Azagra R. Diagnosis of *H. pylori* after triple therapy in uncomplicated duodenal ulcers—a cost-effectiveness analysis. *Aliment Pharmacol Ther* 2000;14:433-42.
25. Bermejo F, Boixeda D, Gisbert JP, Sanz JM, Canton R, Defarges V, et al. Concordance between noninvasive tests in detecting *H. pylori* and potential use of serology for monitoring eradication in gastric ulcer. *J Clin Gastroenterol* 2000;31:137-41.
26. Forné M, Domínguez J, Fernández-Banares F, Lite J, Esteve M, Galí N, et al. Accuracy of an enzyme immunoassay for the detection of *H. pylori* in stool specimens in the diagnosis of infection and posttreatment check-up. *Am J Gastroenterol* 2000;95:2200-5.
27. Bermejo F, Boixeda D, Gisbert JP, Defarges V, Martín de Argila C, Sanz JM, et al. Efecto de la erradicación de *H. pylori* sobre la recurrencia de la úlcera gástrica a lo largo de 12 meses. *Med Clin (Barc)* 2000;115:201-4.
28. Badia X, Segú JL, Olle A, Brosa M, Mones J, García PL. Cost-effectiveness analysis of different strategies for treating duodenal ulcer. *H. pylori* eradication versus antisecretory treatment. *Pharmacoeconomics* 1997;11:367-76.
29. Forbes GM, Glaser ME, Cullen DJ, Warren JR, Christiansen KJ, Marshall BJ, et al. Duodenal ulcer treated with *H. pylori* eradication: seven-year follow-up. *Lancet* 1994;343:258-60.
30. Rauws EA, Tytgat GN. Cure of duodenal ulcer associated with eradication of *H. pylori*. *Lancet* 1990;335:1233-5.
31. Inadomi JM, Sonnenberg A. The impact of peptic ulcer disease and infection with *H. pylori* on life expectancy. *Am J Gastroenterol* 1998;93:1286-90.
32. Sonnenberg A, Townsend WF. Costs of duodenal ulcer therapy with antibiotics. *Arch Intern Med* 1995;155:922-8.
33. Sonnenberg A, Schwartz JS, Cutler AF, Vakil N, Bloom BS. Cost savings in duodenal ulcer therapy through *H. pylori* eradication compared with conventional therapies: results of a randomized, double-blind, multicenter trial. *Gastrointestinal Utilization Trial Study Group. Arch Intern Med* 1998;158:852-60.
34. Azagra R, Gené E, Bonet JM, Sole F, Calvet X. Beneficios del tratamiento erradicador de la infección por *H. pylori* en pacientes ulcerosos en un centro de atención primaria. *Aten Primaria* 2000;25:377-82.
35. Gisbert JP, Boixeda D, De Argila CM, Bermejo F, Redondo C, De Rafael L. Erosive duodenitis: prevalence of *H. pylori* infection and response to eradication therapy with omeprazole plus two antibiotics. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1997;9:957-62.