

Impacto de la triple terapia aplicada a pacientes con úlcera gastroduodenal

Impact of triple therapy on patients with peptic ulcer

MsC. Daisy Marten Marén, MSc. María Caridad Ramírez Áreas, Al. Hernán Rodríguez Ramírez, MsC. Jesús Fernández Duharte y Dra. Elba Patricia Cabezas Niubó

Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención terapéutica en 57 pacientes a quienes se les diagnosticó úlcera péptica gastroduodenal en el Servicio de Endoscopia del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, de septiembre del 2009 a igual mes del 2010, con vistas a evaluar el impacto de la triple terapia establecida para esta afección. En la serie se observó una mayor incidencia de la úlcera gastroduodenal en el grupo etario de 36-45 años, así como un predominio del sexo masculino, con un tiempo de evolución de la enfermedad que superó los 12 meses. Igualmente, los afectados presentaron epigastralgia como el síntoma más frecuente, y la gastritis antral eritematosa y la úlcera duodenal como afecciones más comunes, con una elevada positividad de *Helicobacter pylori* y una reacción favorable luego de aplicado el tratamiento para erradicarlo.

Palabras clave: úlcera gastroduodenal, *Helicobacter pylori*, triple terapia, Servicio de Endoscopia, atención secundaria de salud.

ABSTRACT

A therapeutic intervention study was conducted in 57 patients who were diagnosed with peptic ulcer at the Endoscopy Department of "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" Teaching General Hospital of Santiago de Cuba, from September 2009 to the same month of 2010, in order to assess the impact of the triple therapy on this condition. In the series a higher incidence of the peptic ulcer was observed in the group aged 36-45 years, as well as a prevalence of the male sex, with a time of disease progression that exceeded 12 months. Likewise, patients presented with epigastralgia as the most frequent symptom, and erythematous antral gastritis and duodenal ulcer as the most common conditions, with high *Helicobacter pylori* positivity and a favorable reaction after applying the treatment to eliminate it.

Key words: peptic ulcer, *Helicobacter pylori*, triple therapy, Endoscopy Department, secondary health care.

INTRODUCCIÓN

La infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) afecta a más de 50 % de la población mundial, y se asocia a gastritis, úlceras duodenal y gástrica, así como a cáncer gástrico, con aumento de la incidencia en los últimos años. Al respecto, este bacilo gramnegativo ha sido identificado como productor de inflamación de la mucosa gástrica, pues la coloniza e induce una potente respuesta inflamatoria con liberación de varias sustancias citotóxicas, tanto por parte de la bacteria como por parte del huésped. Dicha respuesta inmunoinflamatoria del huésped es uno de los factores que determina y define la patogenicidad.¹

Cabe agregar que esta infección crónica transmisible se caracteriza porque las manifestaciones clínicas están precedidas por un largo período asintomático.

Según se revela en un estudio epidemiológico,² la infección por *H. pylori* es más común en países en desarrollo que en los desarrollados, debido al bajo nivel socioeconómico, los malos hábitos dietéticos, el abuso de la ingestión de té, café y bebidas alcohólicas; el tabaquismo; el uso indiscriminado de los fármacos antiinflamatorios no esteroideos y los salicilatos, entre otros, los cuales además se unen a muchos factores ambientales como el hacinamiento, el tipo de cepa, la edad del paciente, la disponibilidad de agua potable, la contaminación fecal y otras características del hospedero.

La antibioticoterapia controlada, asociada al uso de los inhibidores de la bomba de protones, ha demostrado ser eficaz en la erradicación de la bacteria, aunque depende de la combinación de los antimicrobianos y del medicamento que actúa sobre la acidez gástrica, o como citoprotector.^{3,4}

Con referencia al planteamiento anterior, no se debe olvidar su acción sobre los factores preepiteliales, como la secreción de mucus y bicarbonato, los factores epiteliales de la barrera y los factores postepiteliales, como el flujo sanguíneo de la mucosa, las prostaglandinas, el factor de crecimiento epidérmico y los componentes neurológicos y musculares y secreción anormal de ácido clorhídrico. En definitiva, el mecanismo patogénico fundamental es el desequilibrio entre los factores defensivos y agresivos, que favorece el desarrollo de la ulcerogénesis.⁵

Recientemente se ha demostrado que el *Helicobacter pylori* tiene alta frecuencia en Cuba, y para lograr una atención médica de calidad es imprescindible un diagnóstico certero y precoz, así como un tratamiento adecuado. Por ello, el gastroenterólogo, los médicos de atención primaria y los internistas, deben ser diestros en el diagnóstico y tratamiento de esta entidad.⁶

Todo lo expuesto previamente motivó a caracterizar a los pacientes aquejados de síntomas sugestivos de úlcera gastroduodenal -- que no habían sido diagnosticados con la infección por *H. pylori* ni habían sido tratados contra ella --, según algunas variables clínicopatológicas y la evolución de los síntomas, con vistas a medir el impacto de la triple terapia aplicada.

Debido a la mayor probabilidad de la resistencia del *Helicobacter pylori* a los nitroimidazoles, la mejor opción actual es la triple terapia que asocia omeprazol (20 mg cada 12 horas), claritromicina (500 mg cada 12 horas) y amoxicilina (1 g cada 12 horas o 500 mg cada 6 horas).

En la provincia de Santiago de Cuba se emplea el metronidazol (250 mg cada 8 horas) en sustitución de la claritromicina. Además, la tetraciclina (250 mg cada 6 horas) es una alternativa para los pacientes con alergia a la penicilina.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de intervención terapéutica en 57 pacientes a quienes se les diagnosticó úlcera péptica gastroduodenal en el Servicio de Endoscopia del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, de septiembre del 2009 a igual del 2010, con vistas a evaluar el impacto de la triple terapia establecida para esta afección, para lo cual se consideraron las variables: edad, sexo, síntomas y signos predominantes (acidez, epigastralgia, náuseas, halitosis, dispepsia y sialorrea), hallazgos endoscópicos (definidos según las afecciones en correspondencia con lo encontrado durante el procedimiento) y diagnóstico histológico (para determinar la presencia de *Helicobacter pylori*) que se informó como positivo o negativo.

- Esquema terapéutico empleado
 - Omeprazol (20 mg): 1 cápsula cada 12 horas, durante 14 días, y luego 1 cápsula diaria por 14 días
 - Claritromicina (500 mg): 1 tableta cada 12 horas durante 10 días
 - Amoxicilina (500 mg): 2 cápsulas cada 12 horas durante 10 días

En caso de que el paciente fuese alérgico a la penicilina, se utilizó la tetraciclina (250 mg): 1 tableta cada 6 horas durante 10 días.

La información, previamente recolectada en una planilla confeccionada a los efectos, fue procesada de forma computarizada y los datos fueron organizados en distribuciones de frecuencias absolutas y relativas. Para identificar la posible relación entre el diagnóstico y la erradicación del *Helicobacter pylori*, se utilizó el índice K.

$$1\ K = \frac{\text{No. de pacientes diagnosticados}}{\text{Total de pacientes tratados}}$$

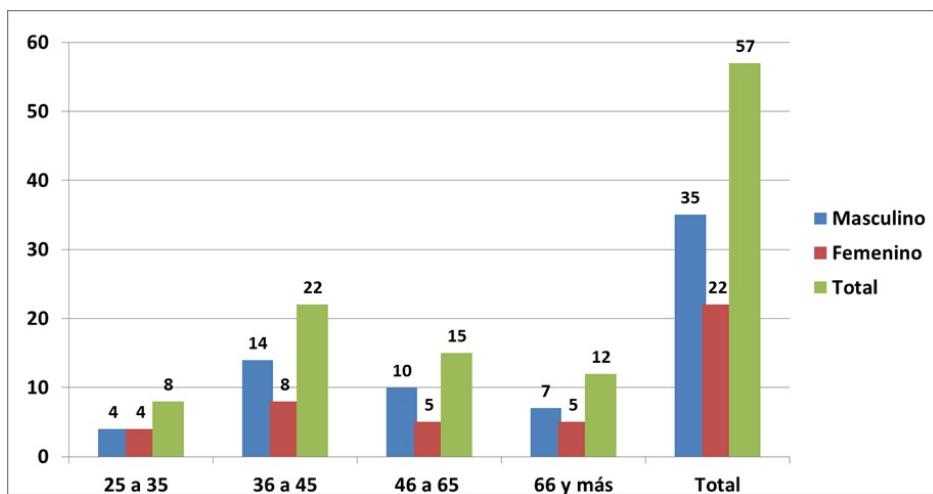
$$1\ K = \frac{57}{57}$$

De manera que si el resultado fue:

- Mayor de 0,8: excelente respuesta
- De 0,6 - 0,8: buen grado de respuesta
- De 0,4 - 0,6: moderada respuesta
- De 0 - 0,4: poca respuesta
- Igual a 0: no hay respuesta

RESULTADOS

En este estudio, al analizar a los pacientes según el grupo etario (figura), se obtuvo un predominio del grupo de 36-45 años, con 22 pacientes, para 38,6 % del total, seguido del grupo de 46-65 años, con 15 pacientes, lo que representó 26,3 %. En cuanto al sexo, la mayoría de los afectados eran hombres, con 35 de estos.

**Fig.** Pacientes según grupos etarios y sexo

Según los síntomas y signos de las entidades clínicas (tabla 1), se observó que la epigastralgia y la acidez se manifestaron en todos los pacientes, seguidas de las náuseas, con 39 afectados (68,4 %) y la dispepsia, con 18, para 31,5 %.

Tabla 1. Pacientes según síntomas y signos de la enfermedad

Síntomas	Sexo		Total	
	Masculino No.	Masculino %	Femenino No.	Femenino %
Epigastralgia	35	61,4	22	38,6
Náuseas	25	43,9	14	24,5
Acidez	38	66,6	19	33,4
Dispepsia	10	17,5	8	14,0
Halitosis	5	8,8	3	5,2
Pirosis	11	19,3	7	12,3
Sialorrea	4	7,0	3	5,3

Se aplicó la triple terapia a los 57 pacientes de la serie, y las úlceras gástricas y duodenales se curaron, evidentemente, con el tratamiento contra el *Helicobacter pylori*, y se apreció una mejoría en 96,5 % (tabla 2).

Tabla 2. Pacientes según diagnóstico endoscópico y aplicación de la triple terapia

Diagnóstico endoscópico	Antes de la triple terapia		Después de la triple terapia	
	No.	%	No.	%
Úlcera duodenal	40	70,1	2	66,6
Úlcera gástrica	17	29,9		
Total	57	100,0	55	96,5

Con la endoscopia se obtuvo resultados positivos de *Helicobacter pylori* en el total de la serie (tabla 3). Asimismo se obtuvo un índice K de 1,00, que permitió reafirmar la existencia de una fuerte asociación entre la infección por la bacteria y la úlcera péptica gastroduodenal. Se observaron, además, asociaciones de 2 o más diagnósticos endoscópicos en un mismo paciente, y la gastritis antral eritematosa y la úlcera duodenal fueron los diagnósticos endoscópicos que predominaron, con 40 afectados, respectivamente.

Tabla 3. Pacientes según diagnóstico endoscópico y presencia del *Helicobacter pylori*

Diagnóstico endoscópico	Presencia de <i>Helicobacter pylori</i>				Total	
	Sí		NO		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
Gastritis antral eritematosa	40	70,1			40	70,1
Úlcera duodenal	40	70,1			40	70,1
Úlcera gástrica	17	29,9			17	29,9
Gastritis erosiva antral	5	8,7	1	1,7	6	10,4
Duodenitis erosiva						

Los pacientes infectados, independientemente de la intensidad de los síntomas, presentaron un patrón de evolución muy satisfactoria (tabla 4). Al evaluar la manifestación de los síntomas luego del tratamiento, se obtuvo una mejoría total en 55 pacientes (96,5 %) y parcial en 1,7 %. Solo 1 paciente, para 1,7 %, permaneció sin mejoría.

Tabla 4. Pacientes según la intensidad de la mejoría inicial y las manifestaciones luego de aplicado el tratamiento

Intensidad de la mejoría inicial	Evolución de los pacientes luego del tratamiento					
	Mejoría total		Mejoría parcial		No mejoría	
	No.	%	No.	%	No.	%
Leve	3	5,2				
Moderada	8	13,9	1	1,7		
Grave	44	77,2			1	1,7
Total	55	96,5				

DISCUSIÓN

En la casuística predominó el sexo masculino, lo cual coincidió con lo notificado por Gutiérrez Rodríguez *et al.*² quienes en una serie de 80 pacientes, obtuvieron una primacía del sexo masculino, con 45 varones y 35 féminas (en una relación de 3:2), y una media de edad de 40 ± 13 años, en el rango de 13-75 años. Por su parte, Izquierdo de la Rosa *et al.*^{7,8} mostraron resultados similares en sus estudios.

Resulta oportuno señalar que en los países con bajos niveles socioeconómicos, el aumento de la tasa de morbilidad por úlcera péptica se asocia a la presencia de *Helicobacter pylori*, a malos hábitos dietéticos, al abuso de la ingestión de té, café y bebidas alcohólicas, al tabaquismo y al uso indiscriminado de los fármacos antiinflamatorios no esteroideos y los salicilatos, entre otros factores. Esta infección se presenta con mayor frecuencia en personas del grupo etario de 35-45 años. Una investigación realizada en México por Orozco Gámiz,⁹ mostró mayor prevalencia en las edades entre 25 y 35 años, con un predominio en individuos de 30 años. En este estudio se obtuvieron resultados similares a los anteriores.

Al consultar la bibliografía médica, se encontraron resultados similares al de la casuística en cuanto a la efectividad del tratamiento; por ejemplo, Moreno Terrones¹⁰ reveló que 86 personas de su muestra fueron curadas con la aplicación de la triple terapia.

En el actual estudio solo fueron tratados 57 pacientes y, a pesar de no constituir una muestra amplia, los resultados fueron alentadores. Al comparar estos

resultados con los de otras series, se halló coincidencia en varios estudios, que exhibieron prevalencias de 76 a 90 %.^{6,11-15}

Los registros internacionales y nacionales señalan que la erradicación de la bacteria ocurre en 85-100 % de los pacientes, con el tratamiento convencional recomendado.^{16,17}

Por otra parte, en un estudio realizado por González Carvajal²⁰ para comprobar la correlación entre la úlcera péptica gastroduodenal y la infección por *H. pylori*, el tratamiento prescrito para erradicar la bacteria fue efectivo en 20 pacientes (80 %), porque la prueba resultó negativa, aunque en 6 pacientes (26 %) continuó siendo positiva a pesar de la terapéutica indicada.

Para concluir, la triple terapia aplicada en los pacientes con úlcera gastroduodenal representó una solución para este problema de salud. Igualmente se obtuvo una elevada positividad de *Helicobacter pylori*, pero existió una reacción favorable al tratamiento, dada por la curación de la úlcera.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bernardette Lagunes Y, Calva Rodríguez R, Ramírez Téllez E. Prevalencia de *Helicobacter pylori* en niños sanos de edad escolar. Rev Mex Patol Clin. 2001; 48(1): 23-6.
2. Gutiérrez Rodríguez DR, Rodríguez Pardillo C, Centillo Díaz N. *Helicobacter pylori*. Situación gastroenterológica frecuente [citado 15 May 2013]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/371/1/>
3. Gamboa Figueredo JL. Infección por *Helicobacter pylori* y enfermedad ulcerosa péptica. Univ Diag. 2003; 3(1): 20-4.
4. Boixeda de Miguel D, Martín de Argila C. Tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2000; 24(6): 141-6.
5. Pérez Rodríguez A, Mármol Soñora A, González-Carbajal Pascual M, Pérez de Prado Valdivia JC, Herrera Vilches M, Molina Alfonso S, et al. Alteraciones del tracto digestivo superior e infección por el *Helicobacter pylori* en 23 pacientes receptores del trasplante renal. Reu Cubana Med. 2004 [citado 15 May 2013]; 43(5-6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232004000500001&script=sci_arttext
6. Peek RM. The biological impact of *Helicobacter pylori* colonization. Semin Gastrointest Dis. 2001; 12(3): 151-66.
7. Izquierdo de la Rosa H, Vega Méndez JC, García Barreto RM. Infección por *Helicobacter pylori* en adultos sintomáticos. Arch Med Camagüey. 2005 [citado 15 May 2013]; 9(2). Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2005/v9n2/957.htm>
8. Huerta Igo FM. Sistemas de actualización médica en esófago, estómago y duodeno: Libro 2. *Helicobacter pylori*: cuándo y a quién tratar. México, D.F.: Intersistemas; 2007. p. 42-51.

9. Orozco Gámiz A. Estudio abierto prospectivo base de rabeprazol, levofloxacina y amoxicilina para erradicación de *Helicobacter pylori* en dos semanas. Rev Gastroenterol Mex. 2006; 71(Supl. 2): 91-6.
10. Moreno Terrones L. 2007 DDW-T-Tratamiento de Helicobacter Pylori. Rev Gastroenterol Mex. 2007; 72(Supl 1): 42-4.
11. Takáts A, Egri G, Novák J, Csiki Z, Demeter P, Kupcsulik P. Significant decrease of the *Helicobacter pylori* infection in Budapest. Z Gastroenterol. 2006; 44: 140.
12. Blaser MJ, Atherton JC. *Helicobacter pylori* persistence: biology and disease. J Clin Invest. 2004; 113(3): 321-33.
13. Pounder RE, Ng D. The prevalence of *Helicobacter pylori* infection in different countries. Aliment Pharmacol Ther. 1995; 9(Supp 2): 33-9.
14. Sack DA, Lastovica AJ, Pazzaglia G. Microtiter assay for detecting *Campylobacter* spp. and *Helicobacter pylori* with surface gangliosides which bind cholera toxin. J Clin Microbiol. 1998; 38(7): 2043-5.
15. Akmatsu T, Tabata K, Hironya M, Kawakami H, Uyeda M. Transmission of *Helicobacter pylori* infection via flexible fiberoptic endoscopy. Am J Infect Control. 1996; 24(5): 396-401.
16. Gisbert JP. "Rescue" regimens after *Helicobacter pylori* treatment failure. World J Gastroenterol. 2008; 14(35): 5385-5402.
17. Vargas JE, Toledo JO. Infección por *Helicobacter pylori*. Rev Inst Méd Sucre. 2003; 68(122): 31-3.
18. González Carvajal M, Concepción L. *Helicobacter pylori* y dispepsia, un problema de salud comentario. MED Gene Integ. 2002; 3: 207-12.

Recibido: 20 de octubre de 2013.

Aprobado: 18 de noviembre de 2013.

Daisy Marten Marén. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: daisy@hospclin.scu.sld.cu