

Helicobacter pylori...

¿Multirresistente?



Beatriz Castro Yagüe

Tutor: Dr. Clemente (Medicina digestiva
Pediátrica) - Rotatorio de Pediatría - HGUA



Motivo de consulta

Adolescente de 15 años que acude a CCEE de Medicina digestiva pediátrica para seguimiento de gastritis crónica por *Helicobacter pylori*



Antecedentes

Antecedentes prenatales



- Embarazo: normal
- Parto: eutócico
- Periodo neonatal inmediato sin incidencias



Desarrollo psicomotor

- Niño activo
- Habla fluida
- Sin alteraciones en las relaciones sociales

Escolarizado con mal rendimiento escolar



Vacunación



- Hepatitis B
- DTPa
- Polio
- H. influenzae tipo b
- Meningococo C
- Triple vírica
- Varicela
- Neumococo



Antecedentes familiares

- Padres argelinos. Hermanos sanos
- Primo hermano con anemia
- Tío materno tumor cerebral
- Abuela M: quistes hepáticos

Anamnesis

No RAMc
No FRCV

2017

Cirugía de remanente de uraco
Anemia normocítica normocrómica
SOH negativa
Serología de celiacía negativa
Mejóro con tratamiento con hierro

Febrero 2018

Revisión en CCEE tras ingreso
Pruebas normales
Sin evidencia de sangrado

Enero 2018

Ingreso por hemorragia digestiva alta

GASTRITIS PAPULOSA (VARIOLIFORME)
ÚLCERA DUODENAL

Helicobacter pylori } Omeprazol 40 mg
Amoxicilina 750 mg
Metronidazol 250 mg

Abril 2019

Recurrencia del dolor abdominal
HP en heces negativo
Endoscopia con biopsia

GASTRITIS CRÓNICA
ÚLCERAS DUODENALES
Helicobacter pylori

Se repite tratamiento erradicador

Anamnesis

Julio-Septiembre 2019

Mejoría sin clínica digestiva

Deposiciones diarias de características normales
No náuseas ni vómitos
Exploración física normal
Cultivos en heces y SOH: negativo



Marzo-Abril 2020

Mejoría

Epigastralgia postingesta → ↓ Intensidad y frecuencia
Deposiciones normales
Sin otros síntomas



Febrero 2020

Recurrencia clínica de dolor epigástrico continuo

No se modifica con la ingesta ni con la defecación Predominio nocturno
Saciedad precoz con sensación de vientre hinchado

GASTRITIS CRÓNICA ACTIVA Y DUODENITIS EROSIVA

Helicobacter pylori	}	Omeprazol	Metronidazol
		Amoxicilina	Claritromicina

Octubre 2020

Ingreso

- Leucocitosis y anemia
- Sangre tipo melenas en dedil
- Sangrado posos de café SNG
- Vómito sangre roja con coágulos
- ↓Hb a pesar CH

UCIP → Endoscopia urgente

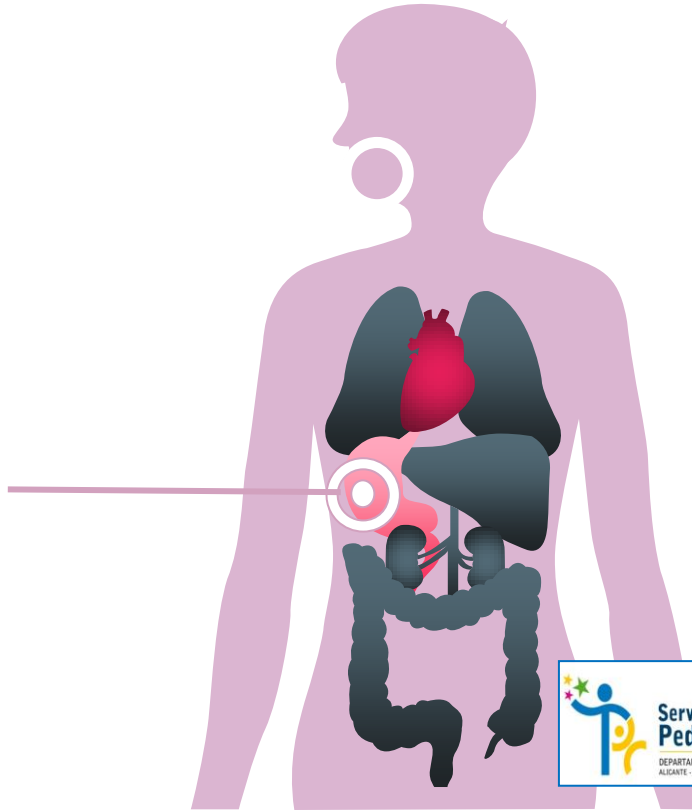
Endoscopia urgente

Eritema distribuido de forma parcheada y de características inespecíficas en cuerpo y fundus

Mucosa de aspecto papular difuso (gastritis varioliforme)

Úlcera de 10 mm en la cara posterior de bulbo duodenal, de bordes regulares con fondo de fibrina con vaso visible

Gastritis crónica folicular activa con presencia de *Helicobacter pylori*



Evolución

UCI Pediátrica

Nutrición parenteral

Perfusión de omeprazol

Inicio de tratamiento ATB
Augmentine+Metronidazol



Planta de Pediatría

**2 semanas de tratamiento
erradicador IV**

No sangrados ni dolor
abdominal

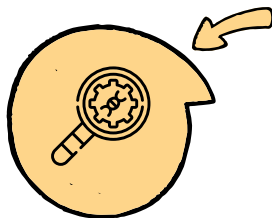
✓ Tolerancia oral

Buena evolución

Evolución

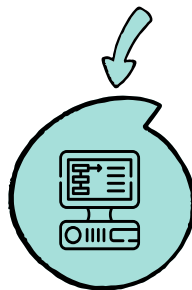
Noviembre 2020 – Febrero 2021

Medicina digestiva pediátrica



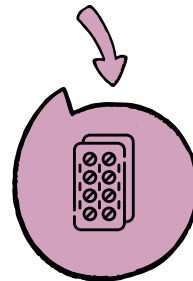
Microbiología y AP

No se detecta
Helicobacter pylori
SOH -

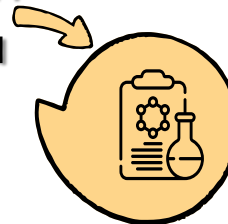


Gastroscopia

No se evidencian
úlceras



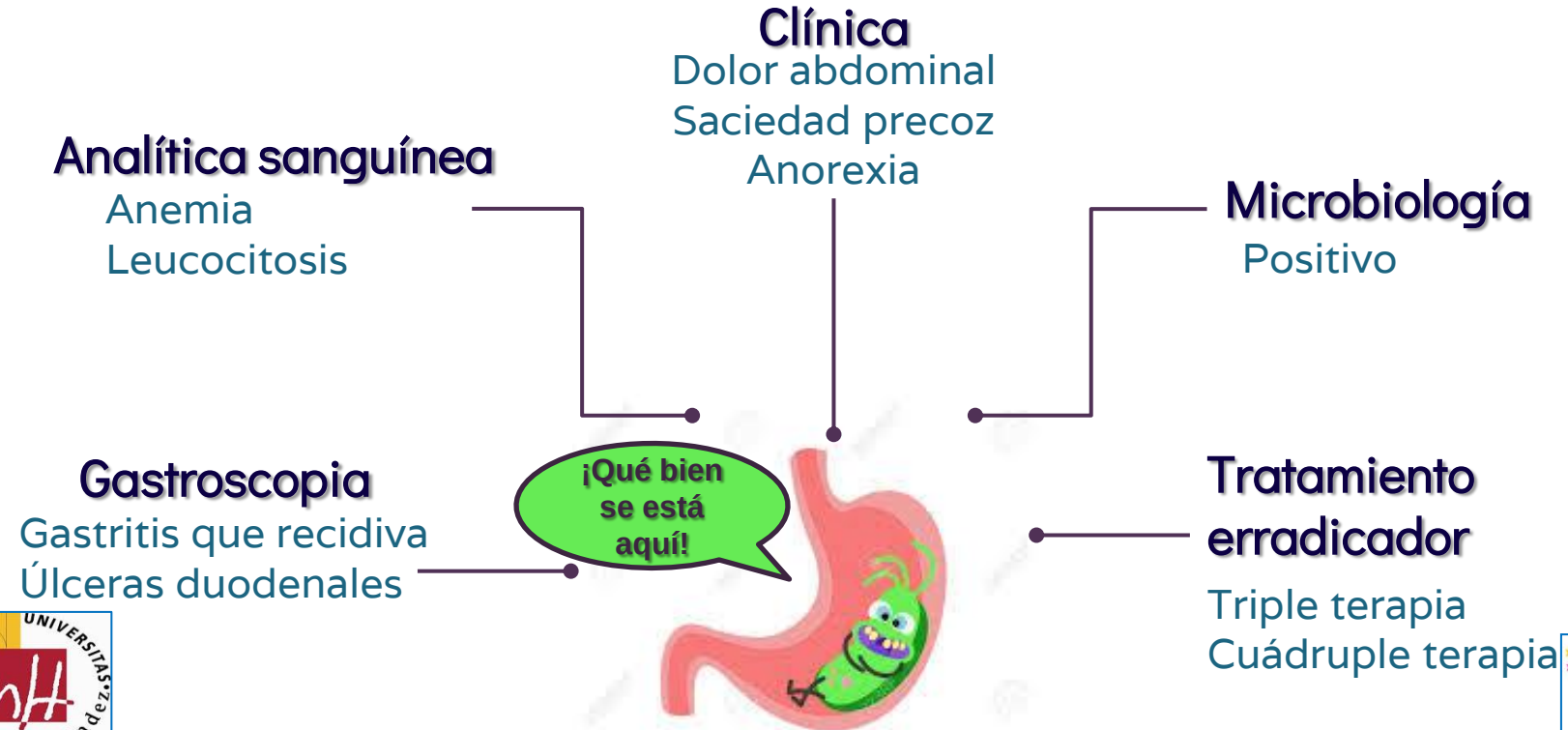
- ✓ Clínica digestiva
≠ Omeprazol
- ✓ Somatometría y
constantes



Analítica sanguínea

Ferropenia
Déficit vitamina D

Algo no estaba funcionando...

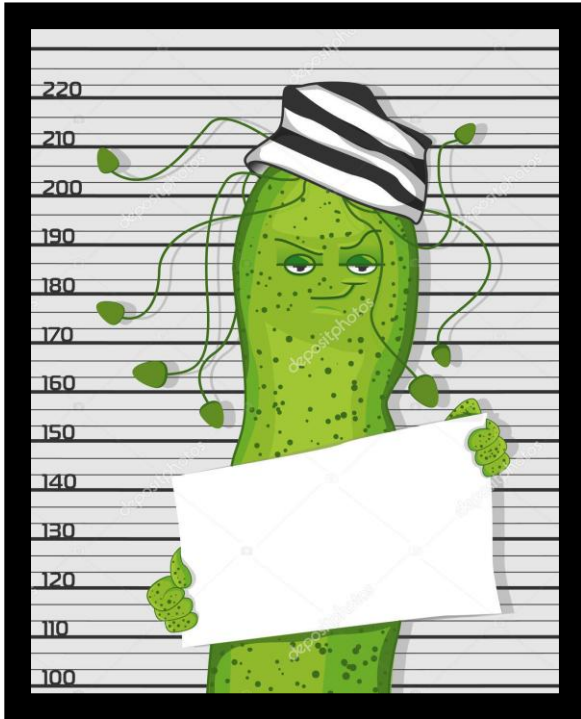




**Servicio de
Pediatría**

DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Recordad...



Planta de Pediatría

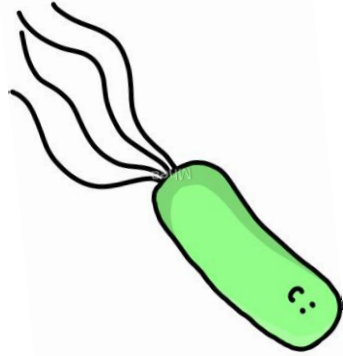
**2 semanas de tratamiento
erradicador IV**

No sangrados ni dolor
abdominal

✓ Tolerancia oral

Buena evolución





INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO





REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA



INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

- ➡ Conducta del paciente, en términos de tomar medicamentos, seguir las dietas o ejecutar los cambios en el estilo de vida, que **NO** coincide con la prescripción clínica.
- ➡ Interrupción del tratamiento antes de alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos

Factores relacionados

Patología

Crónica < Aguda

Síntomas, gravedad, rechazo
proceso y duración.

Profesionales

Multifactorial

Disponibilidad, cobertura
económica, falta de
confianza o supervisión,
educación sanitaria.

Paciente

Rural < Urbano

Jóvenes, mujeres (dieta),
hombres (AF), familias
grandes, situación económica,
estudios, olvido, Internet.

Tratamiento

61% Incumplimiento ATB

↓ Cambios estilo de vida,
complejidad, precio, eficacia, EA,
duración, nº de fármacos y de tomas
diarias, vía de administración.

Métodos de evaluación

1 Métodos directos

Cuantificación

- Fármaco
- Metabolito
- Marcador incorporado

2 Métodos indirectos

Medición recuento comprimidos

Entrevista clínica

- Sencillos y baratos
- Reflejan la conducta
- Sobreestimar cumplimiento
- Útiles en investigación

TESTS
Morisky-Green
Test de Batalla



Consecuencias



Falta de respuesta
terapéutica

Respuesta no esperada



Pérdidas económicas

Almacenamiento de F



Reingresos
Complicaciones



Interferencias relación
paciente - profesionales



Consecuencias

> *Helicobacter*. 2017 Aug;22(4). doi: 10.1111/hel.12383. Epub 2017 Mar 17.

Eradication rate of *Helicobacter Pylori* infection is directly influenced by adherence to therapy in children

Kallirroi Kotilea ¹, Joyce Mekhael ¹, Assaad Salame ¹, Tania Mahler ¹,
Veronique Yvette Miendje-Deyi ², Samy Cadranet ¹, Patrick Bontems ¹

Adherence > 90% → Successful outcome of 89,9%
Nonadherent → Successful outcome of 36,8%.



¿Cómo podemos mejorar el cumplimiento?

Educación sanitaria individual

1

- Conocimientos enfermedad y tratamiento prescrito
- Necesidad cumplimiento
- Documento escrito

2

Comprobación de cumplimiento

- Tests estandarizados

3

Adaptación

- Horarios
- Monodosis
- Intervención familiar
- ↓ EA



Conclusiones

1. Considerar siempre la **falta de adherencia terapéutica** ante la ausencia de los resultados esperados
2. Variación patrón del <<no cumplidor>>
X Investigación y estandarización de los métodos de medida mayoría enfermedades
3. Dedicar tiempo a recoger el entorno del paciente y a la **educación sanitaria**





¡GRACIAS!





Bibliografía

1. Cilleruelo ML, Rivero MJ. Gastritis. Ulcus gástrico y duodenal. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. 2010;5.
2. Valdivia Roldán Mario. Gastritis y gastropatías. Rev. gastroenterol. Perú. 2011;31(1): 38-48.
3. Martínez Gómez MJ, Perdomo Giraldi M. Infección por Helicobacter pylori en niños. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica SEGHNP-AEP. Ergon; 2010. 93-9.
4. Gisbert JP. Tratamientos de rescate ante el fracaso erradicador de Helicobacter pylori. Gastroenterología y Hepatología. 2011 Feb 1;34(2):89-99.
5. García AR. Cumplimiento terapéutico: ¿qué conocemos de España?. Atención primaria. 2001 Jan 1;27(8):559-68.
6. Contreras EM. Métodos de medida del cumplimiento terapéutico. Distrito Sanitario Huelva. Centro De Salud La Orden. Huelva. Cumplimiento terapéutico en la HTA. Actualizaciones. 2004;1:5-6.
7. Limaylla M, Ramos N. Métodos indirectos de valoración del cumplimiento terapéutico. Ciencia e investigación. 2016;19(2):95-101.
8. Rodríguez Chamorro MÁ, García-Jiménez E, Amariles Muñoz P, Rodríguez Chamorro A, Faus Dáder MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica.
9. Kotilea K, Mekhael J, Salame A, Mahler T, Miendje-Deyi VY, Cadranel S, Bontems P. Eradication rate of Helicobacter pylori infection is directly influenced by adherence to therapy in children. Helicobacter. 2017 Aug;22(4):e12383.
10. Contreras EM, Martínez JC, Cabeza JM. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2001 Oct 1;8(8):558-73.

