



# ***Helicobacter pylori*, mismo germen, diferentes manejos**

**Autora: María del Mar Muñoz Adrover, R1**

**Tutora: Carolina Torres Chazarra/ Amelia  
Castro Fornieles**

**Con colaboración de Ángela de la Caridad  
y Óscar Manrique**

**Centro de salud La Florida**





# ÍNDICE

1. ¿Qué es el *Helicobacter pylori*?
2. Evaluación clínica y signos de alarma
3. Diferencias del manejo adulto vs niño
4. Actitud ante sospecha de *Helicobacter pylori*  
desde Atención Primaria
5. Discusión
6. Conclusiones
7. Bibliografía

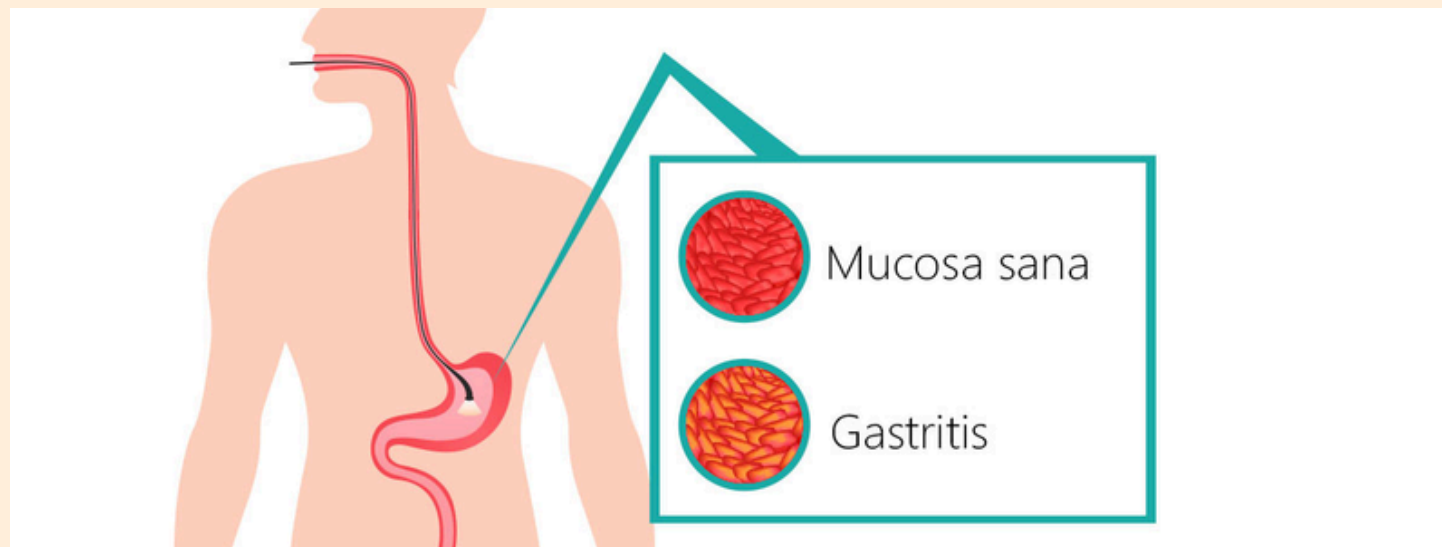
# ¿Qué es el *Helicobacter pylori*?

*Helicobacter pylori* es una bacteria Gram negativa que suele adquirirse en la infancia (transmisión intrafamiliar). En niños provoca principalmente **gastritis crónica**, con pocas complicaciones pero si persiste puede dar lugar en la edad adulta a complicaciones como úlcera péptica o cáncer gástrico, **representando un mismo proceso en distintas etapas evolutivas**



# ¿Qué es el *Helicobacter pylori*?

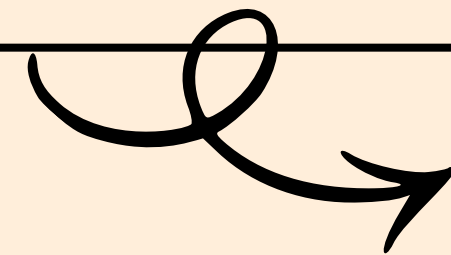
En el niño, la infección por *Helicobacter pylori* causa una **inflamación crónica** de predominio en el antro gástrico que endoscópicamente se traduce como un antro de aspecto nodular que no implica riesgo si no es tratado





# Evaluación clínica

Lactantes* y niños pequeños (0-5 años)	Niños mayores (≈6–12 años)
En la mayoría <b>ASINTOMÁTICOS</b> o clínica muy <b>INESPECÍFICA</b> Irritabilidad o llanto, rechazo de tomas, regurgitaciones, retraso ponderal, dolor abdominal mal localizado...	Dolor <b>EPIGÁSTRICO</b> persistente o nocturno, dolor que despierta al niño, náuseas y/o vómitos recurrentes, hematemesis o melenas, anemia ferropénica resistente a tratamiento



*"Gastritis crónica"*

\***ESPGHAN/NASPGHAN**: "No hay evidencia de que *H. pylori* sea causa de síntomas digestivos en lactantes. No debe buscarse de manera rutinaria"

# Evaluación clínica

¿Qué se asocia a *Helicobacter pylori* y nos hace investigarlo?

Anemia  
ferropénica  
refractaria

Linfoma tipo  
MALT de bajo  
grado

**Principal  
indicación:**  
Sospecha de  
clínica indicativa  
de erosiones o  
úlceras gástricas o  
duodenales

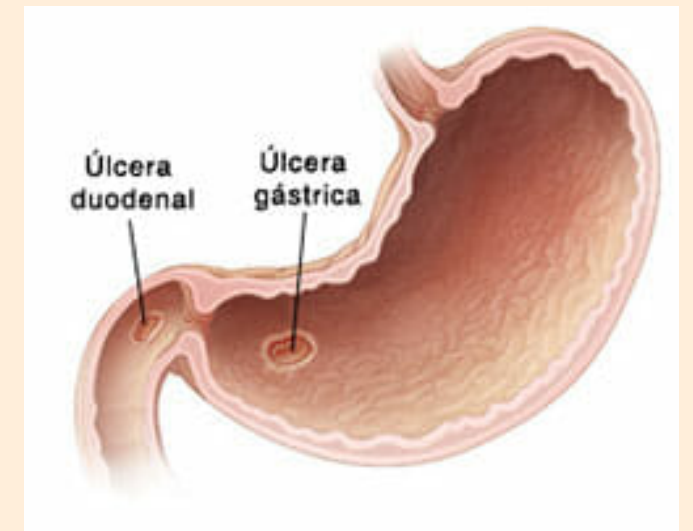
**NEW**

Antecedente  
familiar de cáncer  
gástrico de primer  
grado

# Evaluación clínica

¿Qué se asocia a *Helicobacter pylori* y nos hace investigarlo?

- Sospecha de úlcera gástrica o duodenal:** dolor epigástrico tipo ardor en la que mejora al comer o con antiácidos y vuelve a las 2–3 horas, acompañado de náuseas, vómitos o hinchazón
- Anemia ferropénica refractaria:** sin respuesta tras 4–8 semanas de tratamiento con sales ferrosas; al erradicar H. pylori mejoran la ferritina y la hemoglobina

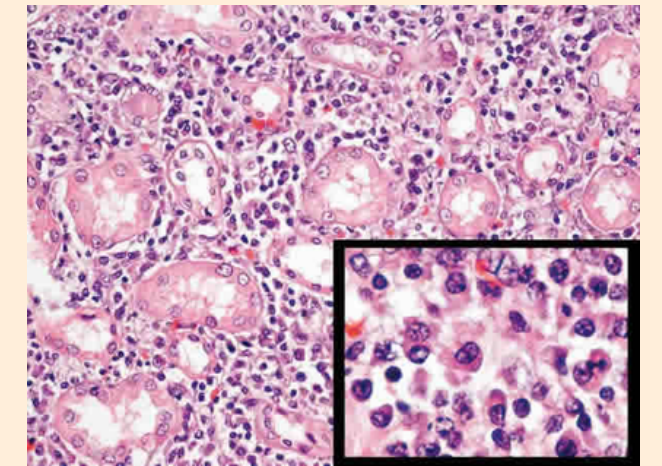


Hp: *Helicobacter pylori*

# Evaluación clínica

¿Qué se asocia a *Helicobacter pylori* y nos hace investigarlo?

-**Linfoma MALT gástrico de bajo grado:** erradicar H. pylori logra la curación en muchos pacientes, con desaparición de las lesiones (estómago y ganglios cercanos)



**NEW**

-**Antecedentes de primer grado con cáncer gástrico:** erradicar H. pylori en personas sanas reduce el riesgo de cáncer, sobre todo en países de alta prevalencia. **En niños asintomáticos con este antecedente, hacer test no invasivo; si es positivo → endoscopia**

Protocolo Gastrosuroeste 2025: Puntos de mejora en la atención en Gastroenterología  
Pediátrica  
Guías conjuntas de Patología Digestiva Pediátrica Atención Primaria-Hospitalaria. 2025

Hp: *Helicobacter pylori*





# Evaluación clínica

¿Cuándo NO buscar *Helicobacter pylori*?

**NEW**

Púrpura trombótica  
idiopática con  
recaídas o  
refractarias al  
tratamiento con  
corticoides

Antecedentes  
familiares de  
úlcera  
gastroduodenal

Convivientes  
con infección  
por *Helicobacter*  
*Pylori*



# Evaluación clínica

## ¿Cuándo NO buscar *Helicobacter pylori*?

**NEW**

- **Púrpura trombótica idiopática con recaídas o refractarias a tratamiento:** en un metaanálisis no se encontraron diferencias significativas en el recuento de plaquetas entre el grupo con erradicación y el grupo control

Protocolo Gastrosuroeste 2025: Puntos de mejora en la atención en Gastroenterología  
Pediátrica  
Guías conjuntas de Patología Digestiva Pediátrica Atención Primaria-Hospitalaria. 2025

- **Convivientes con infección por *Helicobacter Pylori*:** no se recomienda buscar la infección en niños asintomáticos aunque convivan con personas infectadas
- **Antecedentes familiares de úlcera gastroduodenal**



# Evaluación clínica

¿En qué casos se hacen test no invasivos para detectar *Helicobacter Pylori*?

Test de Ag en heces/ Test del aliento

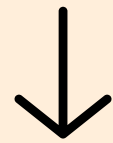
Antecedente familiar de primer grado de cáncer gástrico.

Eficacia del tratamiento erradicador entre 6 y 8 semanas después de finalizar el tratamiento

# Diferencias adultos vs niños

## Paciente con dispepsia

Si no hay síntomas de alarma y es menor de 60 años → **estrategia test and treat**



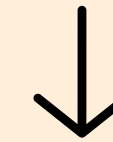
## Pruebas no invasivas

**Test del aliento con urea o Antígeno en heces**

Si es positivo → tratar la infección

Si es negativo → buscar otras causas

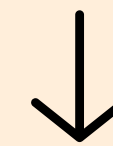
Sospecha de **dolor abdominal** de causa **orgánica**  
No realizar diagnósticos y tratamiento del H. pylori basado en pruebas no invasivas



## GASTROSCOPIA

**Enfermedad úlcero-péptica o nodularidad antral**  
**Biopsias:** 4 histología (2 antro y 2 cuerpo), 2 cultivo (antro y cuerpo), 1 test ureasa + **antibiograma\***.  
Opcional, 1 PCR

**Confirmación de la infección** por H. pylori Cultivo positivo o visualización de H. pylori en histología + Test de ureasa positivo o PCR positiva



## TRATAMIENTO

\***Antibiograma:** para dirigir el tratamiento ante las altas tasas de resistencia a la claritromicina

Documento de consenso de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SEGHNP), la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP) y la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC)



# Diferencias adultos vs niños

**Estudio de susceptibilidad antimicrobiana (cultivo o PCR) siempre que sea posible**

(debido a altas tasas de resistencia a Claritromicina)

## Sensible a Claritromicina:

- IBP
- Amoxicilina
- Claritromicina

14 días

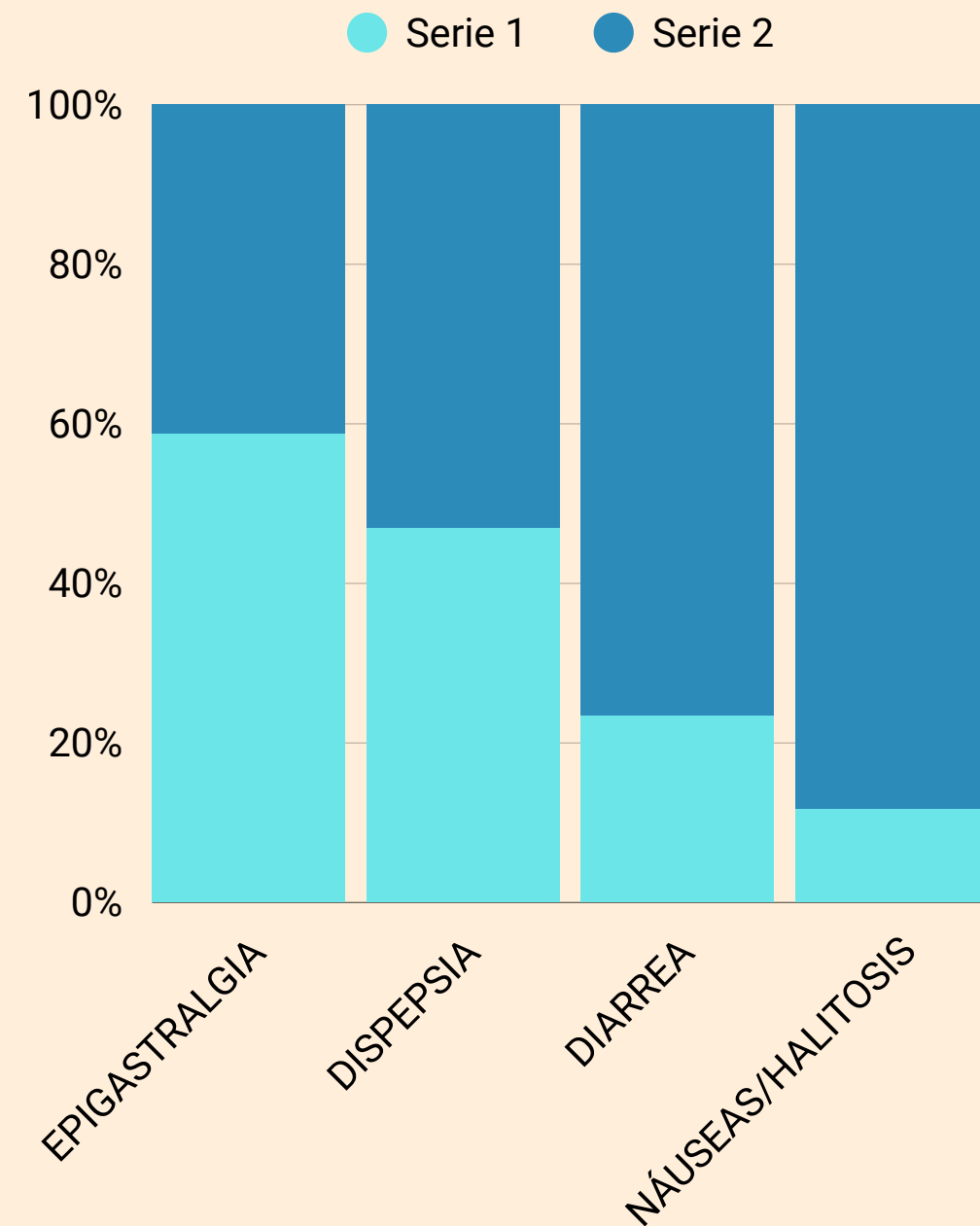
## Resistente a Claritromicina o no se dispone de estudio de sensibilidad antimicrobiana:

- IBP (esomeprazol y rabeprazol)
- Amoxicilina (dosis altas)
- Metronidazol
- +/- Bismuto

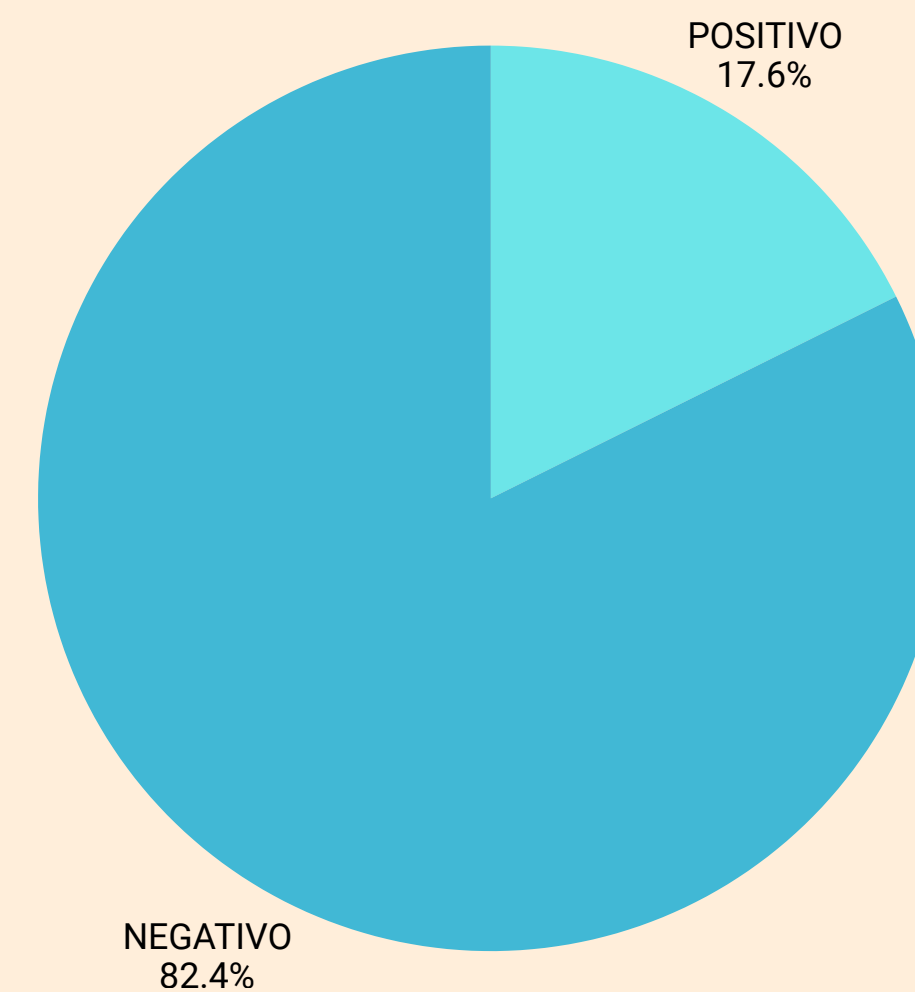
durante 14 días

# MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA

¿Cuál es el síntoma principal por el cual se investiga *H. Pylori* desde Atención primaria?

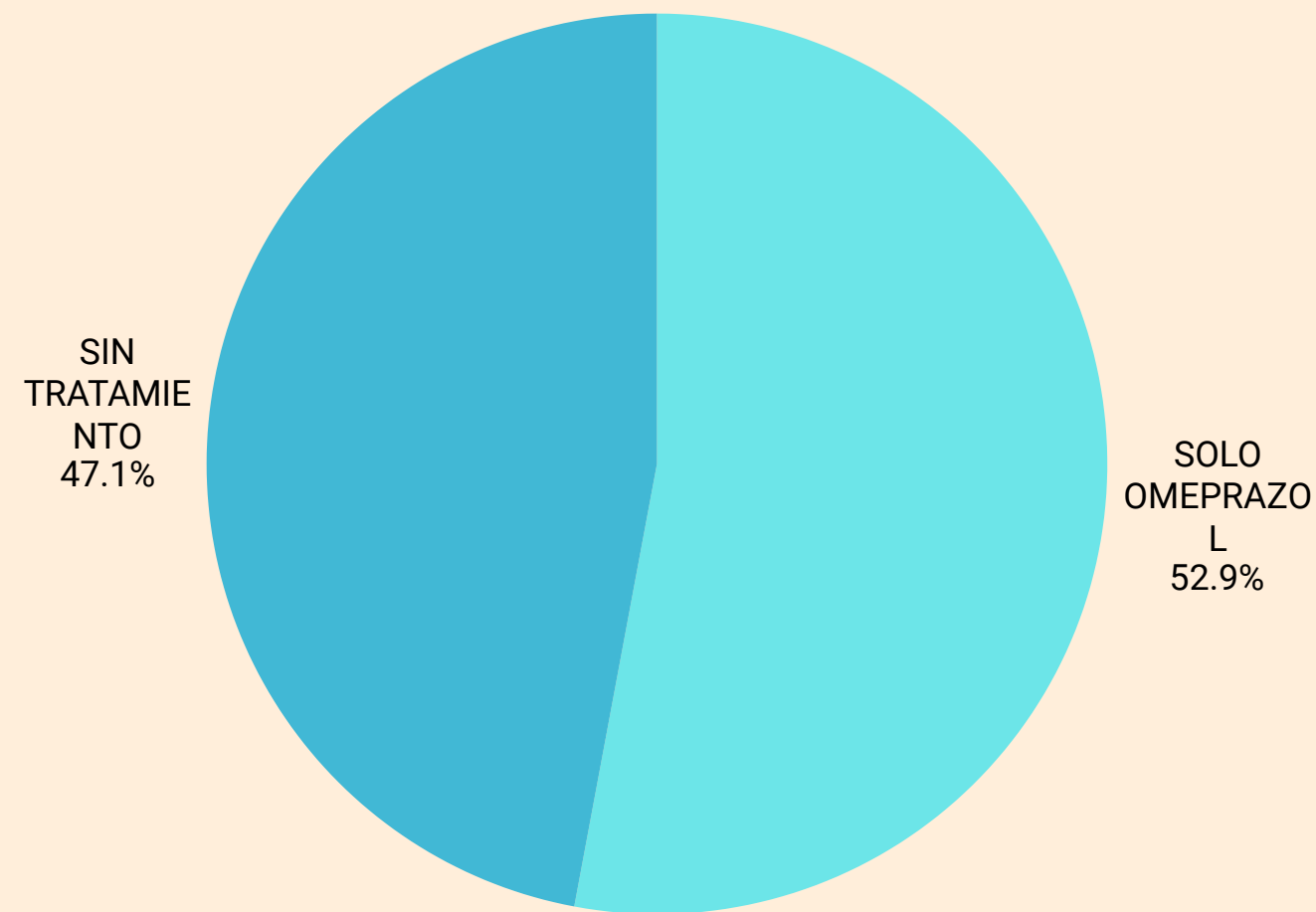


De los casos investigados ¿Cuál es el porcentaje de pruebas positivas?



# MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA

¿De los positivos, cuál ha sido el tratamiento?

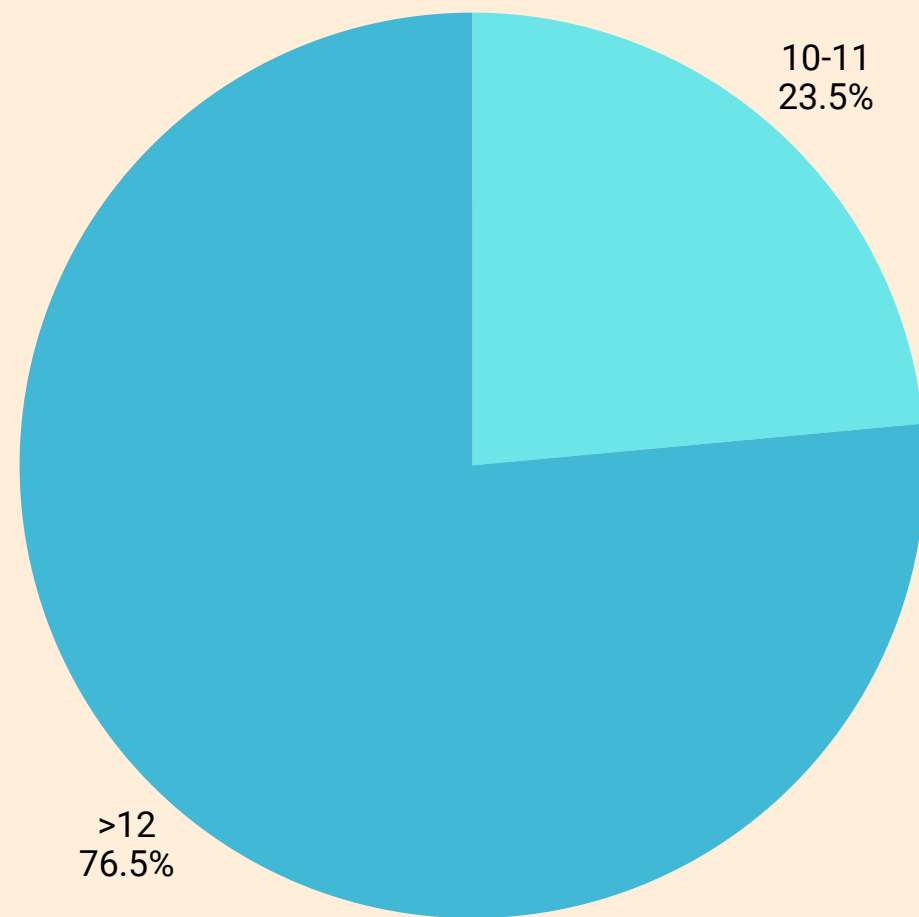


En ningún caso se ha tratado con el tratamiento erradicador de *Helicobacter Pylori* basado en:

- IBP (esomeprazol y rabeprazol)
  - Amoxicilina (dosis altas)
  - Metronidazol
  - +/- Bismuto
- durante 14 días

# MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA

¿Cuál es la edad de los pacientes en las que se ha pedido el Ag en heces?

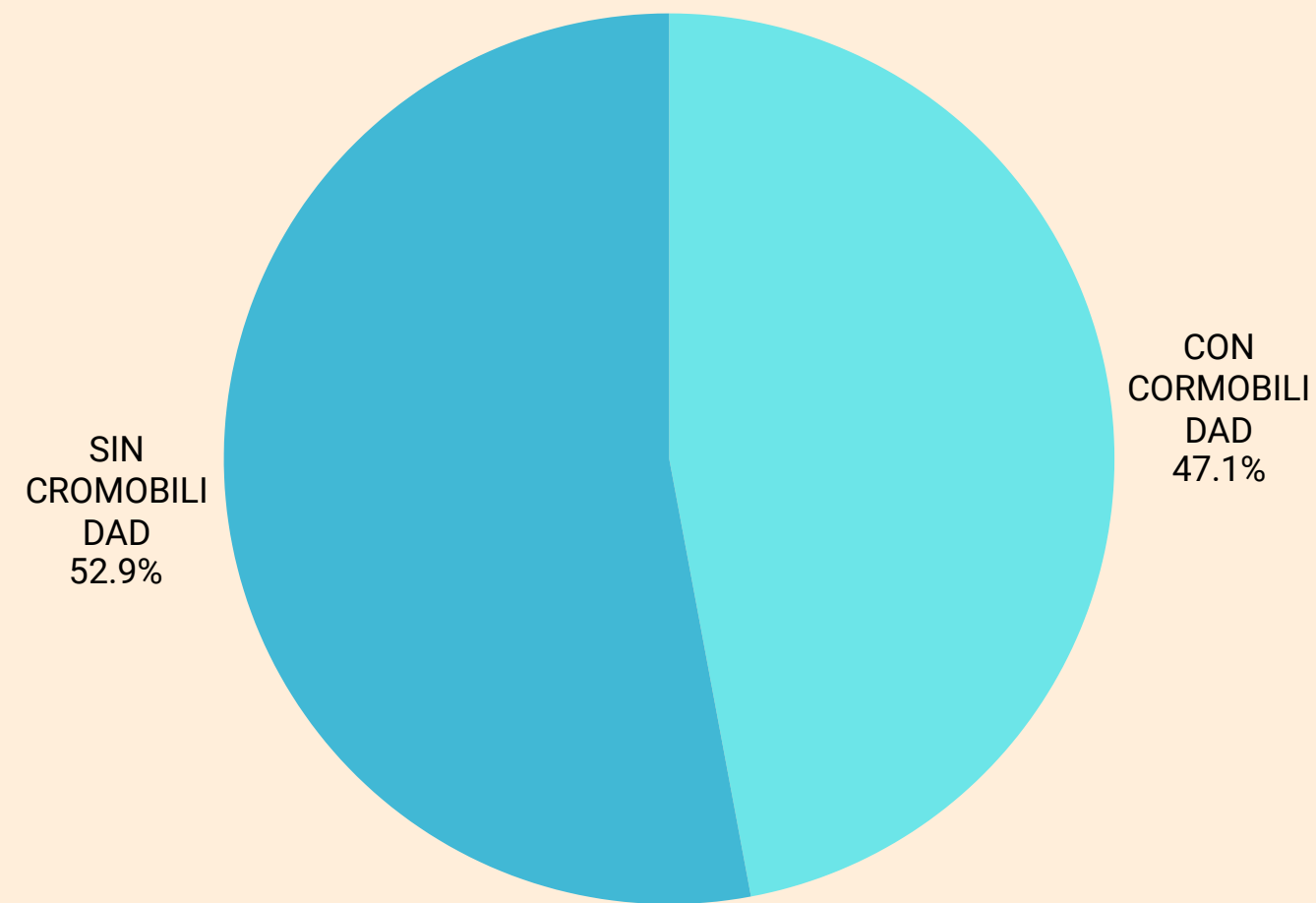


La mayoría de niños a los que se ha pedido esta prueba es mayor de 10 años, especialmente entre los 12-13 (76,5%)



# MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA

¿En cuántos de los niños que se ha pedido el antígeno en heces, se asocia comorbilidad mental?



Un gran porcentaje (47,1%) de niños en los que se ha investigado *Helicobacter Pylori* asocian comorbilidad mental



# Discusión

En un niño adolescente de 13 años en estudio por dolor abdominal, da positivo el Ag en heces de Hp. Según el protocolo pediátrico, si no se observan los signos de organicidad susceptibles de Hp, no debería hacerse endoscopia ni tratarse. Pero si el mismo niño, 2 años más tarde acude a su médico de familia, por la misma sintomatología, ¿se le aplica el test and treat? ¿Se está sobretratando en jóvenes mayores de 15 años?

Por otro lado, valorar contemplar adjuntar comentario informativo desde el peticionario de laboratorios de cuando no solicitar

- ***No se recomienda esta prueba en niños con dolor abdominal y/o dispepsia de características funcionales, sólo ante signos/síntomas de alarma de organicidad (úlceras/gastritis) o postratamiento para confirmar erradicación.***

## Hospital de la Vila

Galicia Poblet G, Alarcón Caverro T, Alonso Pérez N, Borrel Martínez B, Botija Arcos G, Cilleruelo Pascual ML, et al. Manejo de Helicobacter pylori en la edad pediátrica. An Pediatr (Engl Ed). 2021;95:383.e1 – 383.e9. doi:10.1016/j.anpedi.2021.03.002

# Conclusiones

- 1.No se recomienda solicitar de manera indiscriminada el antígeno fecal para *Helicobacter pylori*, ya que no aporta información clínicamente relevante ni modifica el enfoque diagnóstico ni terapéutico del cuadro
- 2.Tener claros cuáles son los criterios de búsqueda de *Helicobacter pylori*, en patologías que ya por sí mismas son indicación de derivación a digestivo (por ejemplo, una úlcera)
- 3.A la luz de los resultados, tener en cuenta el componente de somatización en los cuadros digestivos y buscar un adecuado enfoque biopsicosocial que nos ayudará a reafirmarnos en una actitud de no pedir pruebas que no están indicadas

# Bibliografía

1. Galicia Pobleta G, Alarcón Caverro T, Alonso Pérez N, Borrell Martínez B, Botija Arcos G, Cilleruelo Pascual ML, et al. Manejo de la infección por *Helicobacter pylori* en la edad pediátrica. *An Pediatr (Barc)*. 2021;95(5):383.e1-383.e9.
2. Protocolo *Helicobacter pylori* SP-HGUA 2022: actualización en Pediatría [Internet]. Servicio de Pediatría; 2022 [citado 6 ene 2026]. Disponible en: <https://serviciopediatria.com/wp-content/uploads/2022/02/Protocolo-HELICOBACTER-PYLORI-SP-HGUA-2022.pdf>
3. Nuevas estrategias para el diagnóstico y tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*. *Pediatr Integral* [Internet]. 2024 oct [citado 6 ene 2026]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2024-10/nuevas-estrategias-para-el-diagnostico-y-tratamiento-de-la-infeccion-por-helicobacter-pylori/>
4. Consenso SEGHNH sobre infección por *Helicobacter pylori* en pediatría [Internet]. Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica; 2021. Disponible en: [https://www.seghnp.org/sites/default/files/2021-09/consenso\\_H\\_pylori.pdf](https://www.seghnp.org/sites/default/files/2021-09/consenso_H_pylori.pdf)
5. Botija Arcos G, Cilleruelo Pascual ML, Martínez Escribano B, Urruzuno Tellería P, Jiménez Ortega AI, Martín González J, et al. Protocolo Gastrosuroeste 2025: Puntos de mejora en la atención en Gastroenterología Pediátrica. Guías conjuntas de Patología Digestiva Pediátrica Atención Primaria–Hospitalaria. España; 2025. ISBN: 978-84-09-73555-6
6. Homan M, Jones NL, Bontems P, Carroll MW, Czinn SJ, Gold BD, Goodman K, Harris PR, Jerris R, Kalach N, Kori M, Megraud F, Rowland M, Tavares M; on behalf of ESPGHAN/NASPGHAN. Updated joint ESPGHAN/NASPGHAN guidelines for management of *Helicobacter pylori* infection in children and adolescents (2023). *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2024;79(3):758–785.



# ***Helicobacter pylori*, mismo germen, diferentes manejos**

**Autora: María del Mar Muñoz Adrover, R1**

**Correo: [marmadrover@gmail.com](mailto:marmadrover@gmail.com)**

