

Diagnosticar y tratar el Helicobacter pylori podría ser la mejor estrategia de manejo para la dispepsia no estudiada

“Test and treat” Helicobacter pylori could be the most effective management strategy for uninvestigated dyspepsia

Comentado de:

Eusebi L, et al. *BMJ* 2019;367:l6483. PMID: 31826881¹

Objetivo

Determinar la efectividad de las estrategias de manejo de pacientes con dispepsia no estudiada.

Métodos de búsqueda

Se realizaron búsquedas electrónicas en Medline, Embase, Embase Classic, el registro CENTRAL de ensayos controlados de Cochrane y en clinicaltrials.gov, desde sus orígenes hasta septiembre 2019, sin restricciones de lenguaje. También fueron revisadas manualmente las actas de conferencias de gastroenterología entre 2001 y 2019. Se consultaron las bibliografías de los diferentes trabajos incluidos y guías de práctica clínica de sociedades científicas.

Criterios de selección, recolección y análisis de datos

Fueron elegibles los ensayos clínicos controlados y aleatorizados (ECCA) que evaluaron las siguientes intervenciones: 1) la realización de endoscopia precoz, 2) la prueba de detección de Helicobacter pylori (Hp) y endoscopia posterior en los positivos, 3) la prueba de detección de Hp y tratamiento de erradicación en los positivos (“testear y tratar”), 4) el tratamiento empírico con inhibidores de la secreción ácida o el manejo basado en síntomas; como estrategias de manejo de pacientes adultos (18 años o más) con dispepsia no estudiada sin banderas rojas (es decir, manifestaciones clínicas de potencial sangrado digestivo o causas oncológicas de la dispepsia, como melena, anemia, descenso de peso, etc.). La definición de dispepsia incluyó cualquier síntoma gastrointestinal alto referido al estómago y duodeno.

Medición de resultados principales

Se analizaron los datos por intención de tratar y se midió la efectividad de las cinco estrategias, comparando la probabilidad de estar sintomático al final del seguimiento (12 a 18 meses) en cada una de las ramas. Los pacientes que abandonaron el seguimiento fueron asumidos como sintomáticos.

Los datos fueron combinados mediante el meta-análisis en red, utilizando un modelo de efectos aleatorios. Las estrategias fueron clasificadas de acuerdo al puntaje P, que expresa la probabilidad de que una estrategia sea la mejor, en comparación con las demás estrategias evaluadas.

Resultados principales

Se incluyeron 15 ECCA con un total de 6.162 participantes, realizados en Dinamarca, Irlanda del Norte, Inglaterra, Países Bajos, Escocia, Italia, Malasia y Gales.

En la Tabla 1 se observa el ranking de estrategias ordenadas de acuerdo a su puntaje P y de acuerdo a la probabilidad (Ries-

go Relativo [RR]) de que el paciente permaneciera sintomático al final del seguimiento. Si bien la estrategia que obtuvo el mejor puesto en el ranking fue “testear y tratar” (RR 0,89, Intervalo de Confianza [IC] del 95 % 0,78 a 1,02; puntaje P 0,79), seguida por la estrategia endoscopia precoz (RR 0,90, IC 95 % 0,80 a 1,02; puntaje P 0,71), como lo muestra la Tabla 1. Sin embargo, no se constataron diferencias estadísticamente significativas entre los resultados de las diferentes estrategias.

Por otro lado, los participantes asignados a “testear y tratar” tuvieron menos probabilidades de recibir una endoscopia posterior (RR 0,23, IC95 % 0,17 a 0,31), aunque la insatisfacción con el manejo fue significativamente más baja con la endoscopia precoz (RR de quedar insatisfecho 0,58, IC 95 % 0,37 a 0,91).

Los resultados se mantuvieron estables en los análisis de sensibilidad, con inconsistencias mínimas entre los resultados directos e indirectos. El riesgo de sesgo de ensayos individuales fue alto, ya que el cegamiento no fue posible debido al diseño pragmático de los estudios.

Tabla 1. Probabilidad de permanecer sintomático al final del seguimiento según un análisis por intención de tratar. Notas: Puntajes P más altos indican una mayor probabilidad de ser la estrategia más efectiva. IC: Intervalo de confianza; RR: riesgo relativo

Estrategia	RR (IC 95 %)	Puntaje P
Testear y tratar	0,89 (0,78 a 1,02)	0,79
Endoscopia precoz	0,90 (0,80 a 1,02)	0,71
Testear y hacer endoscopia	0,92 (0,79 a 1,07)	0,57
Tratamiento empírico con inhibidores de la secreción ácida	0,96 (0,83 a 1,09)	0,30

Conclusiones

La estrategia “testear y tratar”, recomendada por las guías internacionales de gastroenterología más recientes, se asoció con la menor probabilidad de permanecer sintomático y con el menor uso de la endoscopia.

Por otro lado, la endoscopia podría ser la estrategia más preferida por los pacientes. El manejo de los pacientes con dispepsia debe seguir basándose en la mejor evidencia, pero también debe tener en cuenta los matices individuales de cada paciente teniendo en cuenta las limitaciones de cada entorno sanitario.

Fuente de financiamiento/Conflicto de interés de los autores: Los autores declararon no haber recibido financiamiento específico ni haber tenido actividades o relaciones financieras con organizaciones que pudiesen implicar un conflicto de intereses en este trabajo.

Comentario

La prevalencia de la dispepsia no está clara y varía según las regiones geográficas. Un meta-análisis² que incluyó estudios hasta 2014, informó una prevalencia combinada general de 20,8 % (IC 95 % 17,8 % a 23,9 %), con amplia variabilidad según el país (entre 1,8 % a 57 %) y los criterios utilizados para definir la dispepsia. Con los criterios diagnósticos modificados en el consenso de Roma IV en 2016), un estudio estimó su prevalencia en población de los EE.UU., el Reino Unido y Canadá entre



entre 8 % y 12 %³. En Argentina, datos de 2006 señalan que esta condición afectaba al 43,2 % (IC 95 % 39,8 % a 46,6 %) de la población⁴. Sin embargo, aunque parece ser un problema de salud muy frecuente, sólo el 7 % consulta al médico⁵.

Existen múltiples estrategias para el manejo de la dispepsia no estudiada en pacientes sin banderas rojas, cuyas efectividades no han sido bien establecidas. En este contexto, el diseño de estudio elegido para tratar de identificar cuál es el mejor enfoque diagnóstico-terapéutico de este problema de salud fue adecuado, a pesar de que existen un número de observaciones con respecto a sus resultados y su validez externa que consideramos necesario remarcar.

Por un lado, aunque la estrategia "testear y tratar" se clasificó como la mejor en términos de respuesta sintomática de acuerdo al puntaje P, se observó superposición de los intervalos de confianza de sus RR, por lo que se considera que estos resultados no fueron estadísticamente significativos y las conclusiones de sus autores respecto de la superioridad de la estrategia de "testear y tratar" podrían ser demasiado optimistas.

Por otro lado, dado que la gran mayoría de los estudios fue realizada en países del Norte de Europa, es muy probable que los resultados no sean extrapolables o generalizables a pacientes de otras regiones, tanto por las características y preferencias de los individuos como por las diferentes prevalencias de infección por Hp. Por ese motivo, también es esperable que existan diferencias en las respuestas frente al manejo de "testear y tratar" que aquí se presenta como la estrategia probablemente más efectiva.

En Argentina, las pruebas no invasivas de detección de Hp (pruebas en aire espirado y detección de antígenos en materia fecal) no están ampliamente disponibles, mientras el costo de la videoendoscopia digestiva alta es más bajo que en otros países con alta prevalencia de infección por este germen en los cuales se documentó la costo-efectividad de esta estrategia. Teniendo en cuenta estas limitaciones y la falta de estudios de investigación locales que aporten evidencia más robusta para guiar las decisiones clínicas, en este medio parece más aconsejable, una vez desestimados otros diagnósticos como la enfermedad por reflujo gastroesofágico, el síndrome de intestino irritable y la patología de la vía biliar, en pacientes con dispepsia menores de 60 años y sin banderas rojas, la realización una VEDA con detección de Hp en forma directa o el inicio de tratamiento empírico. Sin embargo, ante la persistencia de síntomas y de acuerdo a las preferencias del paciente, si no desea realizar una la endoscopia y las pruebas indirectas de detección de Hp están disponibles, éstas podrían ser una opción⁵.

Conclusiones de la comentadora

Teniendo en cuenta que los resultados arrojados por esta exhaustiva revisión sistemática no fueron del todo concluyentes, la dificultad para el acceso a estudios no invasivos para detectar Hp, considero que no se justificaría la adopción de la estrategia "testear y tratar" para el manejo inicial de pacientes con dispepsia no estudiada sin banderas rojas en Argentina.

Leticia Gavoto [Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires. leticia.gavoto@hospitalitaliano.org.ar]

Gavoto L. Diagnosticar y tratar el *Helicobacter pylori* podría ser la mejor estrategia de manejo para la dispepsia no estudiada. *Evid Actual Pract Ambul.* 2020;23(3):e002085. Comentado de: Eusebi L, et al. Effectiveness of management strategies for uninvestigated dyspepsia: systematic review and network meta-analysis. *BMJ* 2019;367:l6483. PMID: 31826881

Referencias

1. Eusebi LH, Black CJ, Howden CW, et al. Effectiveness of management strategies for uninvestigated dyspepsia: systematic review and network meta-analysis. *BMJ*. 2019;367:l6483. Available from: 10.1136/bmj.l6483.
2. Ford AC, Marwaha A, Sood R, et al. Global prevalence of, and risk factors for, uninvestigated dyspepsia: a meta-analysis. *Gut*. 2015;64(7):1049–1057. Available from: 10.1136/gutjnl-2014-307843.
3. Aziz I, Palsson OS, Törnblom H, et al. Epidemiology, clinical characteristics, and associations for symptom-based Rome IV functional dyspepsia in adults in the USA, Canada, and the UK: a cross-sectional population-based study. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2018;3(4):252–262. Available from: 10.1016/s2468-1253(18)30003-7;https://dx.doi.org/10.1016/s2468-1253(18)30003-7.
4. Olmos JA, Pogorelsky V, Tobal F, et al. Uninvestigated Dyspepsia in Latin America: A Population-Based Study. *Dig Dis Sci*. 2006;51(11):1922–1929. Available from: 10.1007/s10620-006-9241-y;https://dx.doi.org/10.1007/s10620-006-9241-y.
5. Hospital Italiano de Buenos Aires Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Dispepsia. In: Material Educativo PROFAM, Programa de educación continua en medicina familiar, ambulatoria y comunitaria. Buenos Aires, Argentina; 2020.