

En el manejo de un paciente con dispepsia no investigada podría plantearse (marque la opción falsa):

- a) Realización de una endoscopia, si tiene más de 55 años o síntomas de alarma.
- b) Realización de una prueba diagnóstica de H. pylori no invasiva si tiene menos de 55 años y no tiene síntomas de alarma.

c) La dispepsia no investigada suele ser funcional y, por tanto, no es necesario hacer ninguna prueba diagnóstica.

En pacientes con dispepsia no investigada menores de 55 años y sin síntomas ni signos de alarma, en poblaciones como la nuestra, de prevalencia de H. pylori mayor del 10-20 %, se recomienda la estrategia test and treat como primera opción. Cuando los datos de alarma para cáncer gástrico están presentes, es necesario realizar una endoscopia de entrada. La administración de IBP negativiza la prueba del aliento en un porcentaje considerable de los casos, por lo que deben suspenderse, al menos, 2 semanas antes de evaluar la infed) En caso de fuerte sintomatología, tratamiento antsecretor con inhibidores de la bomba de protones (IBP) hasta 15 días antes de la prueba del aliento, pudiendo utilizar en su lugar hasta el diagnóstico un antagonista del H2.

•

cción por H. pylori.

Señale cuál de las siguientes patologías extradigestivas se beneficia del diagnóstico y tratamiento de la infección por H. pylori:

a) Púrpura trombocitopénica idiopática.

La infección por H. pylori podría actuar como agente etiológico de la anemia ferropénica y el déficit de vitamina B12 no explicados por otras causas, así como la púrpura trombocitopénica idiopática. En estas patologías, la infección debería ser buscada y erradicada en caso de encontrarse.

- b) Anemia falciforme.
- c) Déficit de vitamina B6.
- d) Migraña.

Respecto al tratamiento antsecretor empírico como aproximación inicial a la dispepsia no investigada en pacientes menores de 55 años y sin síntomas de alarma, marque la opción correcta:

- a) Es más efectivo que la estrategia "test and treat".
- b) Es menos efectivo que la estrategia de realizar una prueba "no invasiva" para H. pylori y realizar tratamiento erradicador.
- c) Proporciona un beneficio más estable en el tiempo que la estrategia "test and treat".

d) Es menos coste-efectivo que la estrategia "test and treat" en situaciones de prevalencia de infección por H. pylori mayor al 10-20 %, como sucede en nuestro país.

El tratamiento antsecretor empírico es tan eficaz como la estrategia "test and treat" en cuanto a mejoría sintomática inicial, aunque con un efecto más transitorio. El éxito de esta última estrategia se basa en la resolución de síntomas de enfermedad ulcerosa péptica y, en menor medida, en sujetos con dispepsia funcional. A mayor prevalencia de infección también aumenta la prevalencia de úlcera péptica. En nuestro medio, con una prevalencia de infección mayor del 10-20 %, la estrategia "test and treat" es más coste-efectiva que el tratamiento antsecretor empírico.

Respecto de la terapia cuádruple con bismuto "en cápsula única" (Pylera®), señale cuál es la afirmación correcta:

- a) Consiste en la administración de un IBP cada 12 horas con 3 cápsulas únicas (bismuto, tetraciclina y metronidazol) cada 8 horas durante 14 días.
- b) Consiste en la administración de un IBP cada 12 horas con 3 cápsulas únicas (bismuto, tetraciclina y metronidazol) cada 6 horas durante 14 días.

c) Consiste en la administración de un IBP cada 12 horas con 3 cápsulas únicas (bismuto, tetraciclina y metronidazol) 4 veces al día durante 10 días.

Todas las respuestas son falsas, salvo la opción c), que es la única correcta, porque define claramente lo que es la terapia cuádruple con bismuto en cápsula única (Pylera®), consistente

en la administración de un IBP cada 12 horas y 3 cápsulas únicas (que contienen bismuto, tetraciclina y metronidazol) 4 veces al día durante 10 días.

d) Consiste en la administración de un IBP cada 12 horas y 4 cápsulas únicas (bismuto, tetraciclina y metronidazol) cada 12 horas durante 10 días.

e) Consiste en la administración de un IBP cada 12 horas y 4 cápsulas únicas (bismuto, tetraciclina y metronidazol) 4 veces al día durante 10 días.

Con respecto a la triple terapia estándar, ¿cuál es la respuesta correcta?:

a) Se consiguen tasas de erradicación en la mayoría de los estudios superiores al 90 %.

b) Consiste en la administración de un fármaco anti-H2, amoxicilina y metronidazol.

c) **Consiste en la administración de un IBP, claritromicina y amoxicilina/metronidazol.**

La terapia triple convencional, conocida como OCA/CAO, consiste en la administración de IBP, claritromicina y amoxicilina o metronidazol. Las restantes opciones son falsas porque no se consiguen tasas de erradicación superiores al 90 %, sino más bien inferiores al 80 %, y no se utiliza un anti-H2. Actualmente no se recomienda esta triple terapia por la IV Conferencia de Consenso español sobre el tratamiento de la infección por *H. pylori*, dado que consigue tasas de erradicación en torno al 80 % o menos, y actualmente se disponen de pautas que consiguen tasas de erradicación iguales o superiores al 90 %, por lo que esta triple terapia estándar no se recomienda actualmente. La adición de un probiótico no logra llegar a tasas de erradicación que se consideren efectivas o eficientes.

d) Es actualmente el tratamiento de elección.

e) Si se añade un probiótico, se aumenta la tasa de erradicación hasta superar el 90 %.

Respecto a la actividad ureasa, marque la opción incorrecta:

a) Permite a la bacteria sobrevivir en la superficie de la mucosa gástrica, en un ambiente marcadamente ácido.

b) Metaboliza la urea circulante en el estómago y libera amoníaco y dióxido de carbono.

c) **La actividad ureasa baja el pH, creando un microentorno ácido alrededor de la bacteria, lo que facilita su supervivencia.**

La ureasa hidroliza urea liberando dióxido de carbono y amoníaco, que en disolución reacciona generando amonio y aumentando el pH alrededor de la bacteria (microentorno básico o alcalino). La elevada actividad ureasa de *H. pylori* es una característica bastante específica de esta bacteria, lo que la convierte en un objetivo ideal para diversos métodos diagnósticos indirectos, como el test rápido de la ureasa o la prueba del aliento expirado con urea marcada con carbono 13 (C13).

d) Es una característica en la que se basan varios métodos diagnósticos.

Respecto a la infección por *H. pylori*, marque la opción correcta:

a) Está indicado diagnosticarla en toda la población española.

b) **Está indicado diagnosticarla en aquellas patologías digestivas y extradigestivas en las que se ha demostrado el beneficio de esta medida.**

*H. pylori* está presente en la mitad de la población mundial. En el contexto español se estima que, aproximadamente, el 50 % de la población está infectada. Según la evidencia científica de la que disponemos, la infección por esta bacteria es el factor de riesgo mejor establecido para el desarrollo de cáncer gástrico, además de ser una causa frecuente y potencialmente curable de dispepsia, enfermedad ulcerosa péptica y otras alteraciones extragástricas. No obstante, actualmente no se plantea un cribado en población general, sino que se tienen en cuenta los beneficios potenciales de la eliminación de la bacteria y también los análisis de coste-efectividad y las posibles consecuencias adversas de esta medida, como la aparición de resistencias antibióticas a bacterias distintas a *H. pylori*.

c) La estrategia "test and treat" no es coste-efectiva en ningún supuesto clínico.

d) *H. pylori* no tiene ninguna repercusión clínica, es una bacteria beneficiosa para el organismo.

La erradicación de *H. pylori* es una medida a tener en cuenta para la prevención de cáncer gástrico en las siguientes situaciones, menos una:

a) Gastritis atrófica.

b) Familiares de primer grado de un paciente con neoplasia gástrica.

c) **Familiares de tercer grado de un paciente con diagnóstico de neoplasia gástrica.**

Tanto la atrofia gástrica como la metaplasia intestinal se consideran lesiones preneoplásicas asociadas a la infección por *H. pylori* y con aumento significativo del riesgo de cáncer gástrico. Los familiares de primer grado de pacientes con cáncer gástrico presentan un riesgo 2-3 veces superior de presentar esta neoplasia y tienen además más alteraciones histológicas preneoplásicas. En pacientes con resección quirúrgica o endoscópica de cáncer gástrico se ha demostrado reducción de la recidiva neoplásica tras la erradicación de *H. pylori*.

d) Paciente con antecedente de cirugía por cáncer gástrico.

Respecto a la erradicación de *H. pylori* en pacientes con úlcera péptica, marque la opción correcta:

a) No influye sobre la recurrencia ulcerosa.

b) Está contraindicada.

c) **Es necesaria para la curación definitiva de la úlcera.**

El tratamiento erradicador de *H. pylori* es eficaz para la curación de úlceras gastroduodenales y en la prevención de diversas complicaciones, como la recidiva de la hemorragia por úlcera, la estenosis pilórica o la perforación. El tratamiento antisecretor convencional cicatriza transitoriamente la úlcera, sin embargo, la erradicación de *H. pylori* cura definitivamente la enfermedad ulcerosa.

d) Solamente es beneficiosa para pacientes con úlcera activa.

Respecto a los tratamientos empleados para erradicar la infección por *H. pylori* en España, ¿cuál es la respuesta falsa?:

a) La terapia cuádruple sin bismuto "concomitante" recomendada como primera línea de tratamiento en pacientes no alérgicos a penicilina se compone de un IBP, amoxicilina 1 g, claritromicina 500 mg y metronidazol 500 mg cada 12 horas durante 14 días.

~~b) La terapia cuádruple con bismuto "en cápsula única" (Pylora®), recomendada indistintamente como primera línea de tratamiento tanto en alérgicos como en no alérgicos a penicilina, se compone de un IBP administrado cada 12 horas y 3 cápsulas únicas (compuestas por bismuto, tetraciclina y metronidazol) administradas 4 veces al día durante 10 días.~~

c) La terapia cuádruple con levofloxacino y bismuto, recomendada como tratamiento de segunda línea tras un fracaso de la primera línea en no alérgicos a penicilina, consiste en la administración de un IBP cada 12 horas, junto con levofloxacino 500 mg cada 24 horas, amoxicilina 1 g cada 12 horas y bismuto 240 mg cada 12 horas durante 14 días.

d) La cuádruple terapia sin bismuto o "concomitante", así como la terapia cuádruple con levofloxacino y bismuto, no deben utilizarse como tratamiento de segunda línea en pacientes alérgicos a penicilina.

e) **La triple terapia estándar recomendada como tratamiento inicial actualmente en España consiste en la administración de un IBP con la asociación de claritromicina 500 mg y amoxicilina 1 g o metronidazol 500 mg cada 12 horas durante 7 o 10 días.**

Todas las respuestas anteriores, de la a) a la c), definen claramente y a modo de resumen las tres terapias de tratamiento erradicador recomendadas en la actualidad a las dosis y duraciones que se comentan, por lo que deben ser consideradas como correctas.

La opción d) es correcta porque en pacientes alérgicos a penicilina no pueden utilizarse ni la terapia cuádruple sin bismuto "concomitante" ni la terapia cuádruple con levofloxacino y bismuto por llevar amoxicilina en su composición, tanto en segunda como en primera línea de tratamiento.

La opción e) es la falsa, pues si bien las dosis son las recomendadas y las duraciones las estimadas, hoy día no se recomienda como tratamiento inicial y no debe utilizarse en España como tratamiento erradicador en los pacientes infectados por *Helicobacter pylori*.

El único método diagnóstico de *H. pylori* que no se ve afectado por el tratamiento concomitante de IBP es:

a) Prueba del aliento.

b) Test de antígeno en heces.

c) **Serología.**

Uno de los aspectos más positivos de la serología es que no presenta falsos negativos con el empleo de IBP y/o antibióticos. Aun así, no está recomendado realizar serología. En este caso está recomendada la supresión del tratamiento con IBP 2 semanas previas a la prueba.

- d) Histología.
- e) Test rápido de la ureasa.

Respecto al tratamiento erradicador de primera línea, ¿cuál es la respuesta falsa?:

- a) Se pueden utilizar indistintamente tanto la pauta cuádruple sin bismuto "concomitante" durante 14 días como la terapia cuádruple con bismuto en cápsula única (Pylera®) durante 10 días.
- b) Ambas han demostrado tasas de erradicación iguales o superiores al 90 %.
- c) Debe ofrecerse a todos los pacientes infectados por H. pylori.
- d) Ambas han demostrado ser más eficaces que la triple terapia estándar en estudios y metaanálisis.

**e) Para elegir entre las dos pautas posibles como tratamiento erradicador de primera línea es necesario realizar un antibiograma previo para decidir la pauta correcta.**

Estudios españoles y europeos avalan el uso indistintamente de la terapia cuádruple sin bismuto concomitante y de la terapia cuádruple con bismuto en cápsula única con las duraciones que se proponen en la respuesta a). Ambas han demostrado tasas de erradicación iguales o superiores al 90 %, por lo que es correcta la opción b) y son más eficaces que la triple terapia estándar convencional, por lo que también es correcta la opción d). Además, como ya se ha dicho en varias ocasiones durante el curso, dicha terapia debe ofrecerse a todos los pacientes infectados por H. pylori, por lo que la opción c) también es correcta.

Por lo tanto, la opción falsa es la e), porque no es necesaria la realización de ningún antibiograma ni cultivo previo a la administración del tratamiento erradicador de primera línea en todos los pacientes infectados por H. pylori.

Respecto a la infección por H. pylori, marque la opción correcta:

- a) Se contrae principalmente en la edad adulta.
- b) Produce síntomas en todos los pacientes.
- c) No es un problema sanitario relevante en España, al ser un país desarrollado.
- d) **Todas las respuestas son falsas.**

H. pylori suele infectar en los 3 primeros años de vida del individuo, siendo la infección o reinfección en adultos poco común en nuestro país. Aunque produce inflamación gástrica en el 100 % de los pacientes infectados, la mayoría (hasta el 80 %) no muestran una sintomatología reseñable. España tiene niveles socioeconómicos altos y un excelente sistema sanitario, sin embargo, la infección sigue siendo muy prevalente (la mitad de los españoles) y sus enfermedades asociadas (dispepsia, úlcera y cáncer) tienen un elevado peso en nuestro sistema sanitario.

Respecto al tratamiento erradicador por H. pylori, ¿cuál es la afirmación correcta?:

- a) Aunque existen alternativas con tasas de erradicación iguales o superiores al 90 %, en la práctica clínica debemos reservarlas para segunda línea de tratamiento, una vez que haya fracasado la triple terapia.
- b) Por la elevada tasa de resistencia a los antibióticos, se recomienda en todos los casos la realización de un antibiograma previo para elegir la mejor terapia.
- c) Existen dos alternativas con tasas de erradicación superiores al 90 %, como son la terapia cuádruple sin bismuto "concomitante" y la terapia cuádruple concomitante con bismuto, ambas durante 7 días.
- d) La terapia cuádruple con bismuto en España debe realizarse utilizando doxiciclina en lugar de tetraciclina, por la dificultad para su obtención, durante 7 días.
- e) **Las dos alternativas recomendadas como primera línea son la terapia cuádruple sin bismuto "concomitante" durante 14 días y la terapia cuádruple con bismuto en cápsula única (Pylera®) durante 10 días.**

Todas las opciones son falsas. La opción a) es falsa porque deben ser utilizadas como primera línea dado que actualmente se recomienda abandonar la triple terapia como primera línea. La opción b) es falsa porque en España, pese a la elevada tasa de resistencia, especialmente a la claritromicina, existe una pobre accesibilidad al cultivo desde Atención Primaria, ya que precisa de una prueba invasiva como la gastroscopia y además existen tratamientos que han demostrado tasas iguales o superiores al 90 % de erradicación, lo que permite su utilización de forma empírica sin necesidad de realizar cultivo ni antibiograma. La opción c) no es correcta

porque no es la duración recomendada, y la opción d) tampoco lo es porque, en ausencia de tetraciclina, en España se recomienda desde 2016 la utilización de la terapia cuádruple con bismuto “en cápsula única” y no la sustitución de tetraciclina por doxiciclina.

Respecto a la terapia cuádruple sin bismuto “concomitante”, ¿cuál es la respuesta falsa?:

a) Consiste en la combinación de un IBP cada 12 horas con amoxicilina 1 g cada 12 horas, claritromicina 500 mg cada 12 horas y metronidazol 500 mg cada 12 horas.

b) La duración recomendada es de 14 días.

c) **Es necesario asociar un probiótico para alcanzar tasas de erradicación superiores al 90 %.**

Todas las respuestas son correctas y definen perfectamente lo que es la terapia cuádruple sin bismuto “concomitante”, salvo la opción c), ya que, como se dijo anteriormente, la asociación de un probiótico no supone ninguna mejoría con respecto a su no utilización.

d) Con ella se pueden conseguir tasas de erradicación iguales o superiores al 90 %.

~~e) Se puede utilizar indistintamente esta terapia o bien la terapia cuádruple con bismuto en “cápsula única” (Pylera®) como primera opción de tratamiento.~~

Todas menos una son indicaciones de diagnóstico y tratamiento erradicador:

a) Dispepsia no investigada en poblaciones con alta incidencia de H. pylori e individuos < 55 años en los que no existen signos de alarma.

b) **Artritis reumatoide.**

Las respuestas a), c) y d) son indicaciones aprobadas para la identificación y tratamiento de la infección por H. pylori. Las únicas patologías extradigestivas que actualmente tienen esta indicación son la anemia ferropénica de origen incierto, el déficit de B12 de causa no aclarada y la púrpura trombocitopénica idiopática.

c) Dispepsia con endoscopia normal.

d) A todo individuo con diagnóstico de infección por H. pylori debe ofrecérsele el tratamiento.

Respecto al test del aliento con urea marcada, señale la respuesta correcta:

a) Es un procedimiento costoso y desagradable para el paciente.

b) Precisa la realización de endoscopia previa.

c) **Se han descrito falsos negativos por el consumo de inhibidores de la bomba de protones (IBP) y/o antibióticos.**

Hay que retirar los IBP 2 semanas antes y los antibióticos 1 mes.

d) Utiliza una solución con urea marcada con C19.

e) El uso de carbono radiactivo lo hace peligroso para el paciente.

Respecto al tratamiento erradicador en los pacientes alérgicos a penicilina, ¿cuál es la respuesta correcta?:

a) Debemos utilizar la triple terapia estándar, pero sustituyendo la amoxicilina por metronidazol, con lo que conseguimos tasas de erradicación superiores al 90 %.

b) La terapia cuádruple con bismuto en cápsula única (Pylera®) no se debe utilizar, por llevar amoxicilina en su composición.

c) La terapia triple con levofloxacino y claritromicina es de elección como primera línea de tratamiento.

d) **La terapia cuádruple con bismuto en cápsula única (Pylera®) es el tratamiento de elección.**

La respuesta correcta es la d), porque, efectivamente, la terapia cuádruple con bismuto en “cápsula única” (Pylera®) es la mejor alternativa como tratamiento de primera línea en España para pacientes con alergia a la penicilina.

e) Siempre es imprescindible realizar en todos los pacientes alérgicos a penicilina las pruebas de alergia, porque no existe ninguna alternativa de tratamiento de primera línea en estos pacientes distinta de la triple terapia estándar y, por lo tanto, no podrían recibir un tratamiento erradicador.

Respecto a los individuos con déficit de vitamina B12 no explicable por otras causas, marque la opción correcta:

a) Sufren un descenso de las cifras de B12 en un 80 % de los casos en los que se instaura el tratamiento erradicador.

- b) No obtienen ninguna respuesta con tratamiento erradicador.
- c) En ningún caso puede relacionarse esta patología con la presencia de H. pylori.
- d) **Se ha observado un aumento de vitamina B12 tras la erradicación de H. pylori.**

La infección por H. pylori, incluso sin ser la principal causa, puede producir un déficit de vitamina B12. Existen datos procedentes de revisiones sistemáticas y metaanálisis que demuestran niveles de vitamina B12 significativamente menores en pacientes infectados y aumento estadísticamente significativo de los niveles tras el tratamiento erradicador, aunque los resultados son notablemente heterogéneos.

Marque cuál de las siguientes es una indicación para el diagnóstico de la infección por Helicobacter pylori:

- a) Anemia aplásica.
  - b) ~~Pacientes que están en tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) desde hace 6 meses.~~
  - c) **Hombre de 43 años que consulta por primera vez por cuadro de dolor epigástrico de varios meses de evolución, sin signos de alarma y analítica normal.**
- Los pacientes con dispepsia no investigada, menores de 55 años y sin signos/síntomas de alarma (pérdida de peso injustificada, vómitos intensos y recurrentes, disfagia, odinofagia, signos de sangrado digestivo, masa abdominal palpable, ictericia, linfadenopatías) tienen indicación para realizar el diagnóstico no invasivo de la infección por H. pylori y recibir tratamiento erradicador en caso de estar infectados (estrategia "test and treat").
- d) Paciente con urticaria crónica.

Se recomienda que las pruebas diagnósticas para comprobar la erradicación de la infección se realicen:

- a) Al menos, 8 semanas tras finalizar el tratamiento.

- b) **Al menos, 4 semanas tras finalizar el tratamiento.**

Las pruebas diagnósticas para comprobar la eficacia de la erradicación de la infección se deben realizar, al menos, 4 semanas después de terminar el tratamiento.

- c) Al menos, 12 semanas tras finalizar el tratamiento.
- d) Al menos, 6 semanas tras finalizar el tratamiento.
- e) Al menos, 2 semanas tras finalizar el tratamiento.

En relación con el tratamiento erradicador en pacientes con linfoma MALT gástrico de bajo grado, marque la opción falsa:

- a) Es el tratamiento de primera línea en tal circunstancia.
  - b) Entre un 60-80 % de los pacientes afectados con estadios incipientes de este linfoma logra la regresión histológica.
  - c) **Los linfomas MALT gástricos de bajo grado tratados mediante pauta erradicadora de H. pylori no requieren seguimiento.**
- La remisión del linfoma MALT gástrico de bajo grado tras tratamiento erradicador de H. pylori no se produce en el 100 % de los casos, de tal forma que es conveniente un seguimiento estrecho para descubrir aquellos casos que, por ausencia de respuesta o progresión, requieren tratamiento adicional.
- d) Aquellos linfomas que no responden o progresan pese a tratamiento erradicador deben recibir tratamiento alternativo con quimio o radioterapia.

Los IBP, para realizar un test del aliento para investigar la infección por H. pylori, se deben suspender:

- a) Diez días antes de la prueba diagnóstica.
- b) Solamente deben suspenderse el día de la prueba.
- c) No es necesario suspender el medicamento si lo toma a días alternos.
- d) Una semana antes de la prueba diagnóstica.
- e) **Al menos, 14 días antes de la prueba diagnóstica.**

Los IBP se deben suspender 2 semanas antes del test del aliento para evitar falsos negativos.

Respecto al tratamiento erradicador, señale la respuesta correcta:

- a) La terapia triple estándar es de elección en pacientes alérgicos a penicilina.
- b) La terapia cuádruple con bismuto en "cápsula única" (Pylera®) se utiliza durante 14 días.
- c) La pauta cuádruple concomitante con bismuto se utiliza durante 10 días.
- d) La triple terapia con levofloxacino es el tratamiento de elección de segunda línea.
- e) La pauta cuádruple "concomitante" como tratamiento inicial se compone de un IBP, amoxicilina, claritromicina y metronidazol durante 14 días sin asociar bismuto.

La opción a) es falsa porque el tratamiento de primera elección en pacientes alérgicos a penicilina es la terapia cuádruple con bismuto en cápsula única (Pylera®) durante 10 días. La opción b) es falsa porque dicha pauta se utiliza durante 10 días y no 14 días. La opción c) es falsa porque la cuádruple concomitante no lleva asociada bismuto y la duración es de 14 días. La opción d) es falsa porque la triple terapia con levofloxacino ya no se recomienda, utilizándose actualmente la terapia cuádruple con levofloxacino a la que se asocia bismuto. La correcta es la opción e), porque define exactamente los componentes de la terapia cuádruple concomitante sin bismuto.

¿Cuál de estas afirmaciones es falsa?:

- a) Actualmente no se recomienda el cribado sistemático de la presencia de H. pylori en la población general.
- b) ~~A todo paciente diagnosticado de infección por H. pylori se recomienda ofrecer tratamiento erradicador.~~
- c) Como método diagnóstico no invasivo de la infección por H. pylori se recomienda el test del aliento con urea marcada con C13, utilizando el protocolo europeo, que incluye la administración previa de ácido cítrico.
- d) Se recomienda el test de antígeno en heces como alternativa a la prueba del aliento para el diagnóstico no invasivo de la infección por H. pylori.
- e) Se recomienda el uso rutinario de la serología para el diagnóstico de la infección por H. pylori.

No se recomienda el uso de la serología en la práctica clínica habitual.

Respecto al test de detección de antígeno en heces de la infección por H. pylori, señale la respuesta falsa:

- a) Se recomienda la utilización de test monoclonales con técnicas de ELISA.
- b) Los test inmunocromatográficos son equivalentes a los métodos por ELISA de laboratorio. La detección de antígeno en heces es una prueba no invasiva alternativa que se puede utilizar si no se dispone del test del aliento.
- c) Su fiabilidad se altera con la utilización previa de IBP.
- d) Precisa ser validado en el ámbito local de utilización.
- e) Es una alternativa para el diagnóstico cuando no podemos utilizar el test del aliento.

Respecto al test rápido de la ureasa, señale la respuesta correcta:

- a) ~~Utiliza carbono 13 (C13).~~
- b) Es un método diagnóstico invasivo. Es un método rápido, sencillo, barato y con buena sensibilidad y especificidad, por lo que estaría indicado como método diagnóstico en la práctica clínica habitual.
- c) Es una técnica costosa, con baja sensibilidad y especificidad.

- d) Es un método diagnóstico no invasivo.
- e) Requiere un medio de cultivo específico.

•

La indicación más frecuente de erradicación de H. pylori en la práctica clínica habitual es:

- a) Cáncer gástrico.
- b) Anemia ferropénica.
- c) **Dispepsia.**

Aunque la mayoría de pacientes infectados por H. pylori permanecen asintomáticos, esta infección puede causar con cierta frecuencia síntomas dispépticos, que representan la indicación más frecuente para su erradicación.

- d) Déficit de vitamina B12.

Respecto al tratamiento de la infección por H. pylori, ¿cuál es la respuesta falsa?:

- a) ~~Se debe ofrecer el tratamiento erradicador a todos los pacientes infectados.~~
- b) Se debe comprobar la erradicación en todos los casos.
- c) Se debe confirmar la erradicación pasadas, al menos, 4 semanas de finalizar el tratamiento erradicador.
- d) Se recomienda evitar los inhibidores de la bomba de protones (IBP), al menos, 2 semanas antes y los antibióticos 4 semanas antes de confirmar la erradicación.
- e) **Actualmente se recomiendan tratamientos con tasa de erradicación iguales o superiores al 80 %.**

Todas las afirmaciones anteriores son correctas respecto del tratamiento, salvo la opción e), porque actualmente se deben ofrecer tratamientos erradicadores con tasas iguales o superiores al 90 %, como para cualquier enfermedad infecciosa.

En nuestro medio geográfico es necesario confirmar periódicamente la persistencia de la erradicación de la infección por H. pylori:

- a) En todos los pacientes tratados.
- b) En pacientes asintomáticos con historia de úlcera duodenal no complicada.
- c) **No es necesario hacer confirmación periódica.**

En nuestro medio, el riesgo de reinfección es bajo, por lo que no son precisos controles periódicos tras erradicación.

- d) En personas con antecedente familiar de primer grado de cáncer de estómago.
- e) Sí, por el alto riesgo de infección.â€”