

Hacia un enfoque integral: diagnóstico y terapia dual para la infección por *Helicobacter pylori* en Cuba

Towards a comprehensive approach: diagnosis and dual therapy for *Helicobacter pylori* infection in Cuba

Yaritza Curbelo Valle¹ <https://orcid.org/0009-0004-7771-317X>

Amilcar Duquesne Alderete² <https://orcid.org/0000-0003-3928-3987>

Humberto Alexis López González³ <https://orcid.org/0000-0002-8474-3842>

Autor para la correspondencia: williamomarrey@gmail.com

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Rio. Pinar del Rio, Cuba.

² Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.

³ Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Matanzas, Cuba.

Recibido: 21/08/2025

Aceptado: 04/12/2025

Sr. Editor:

Los autores de esta carta analizan con gran interés el artículo “*Terapia dual con omeprazol y amoxicilina a dosis alta. Una opción en el manejo de la infección por Helicobacter pylori (H. pylori) en Cuba*”, publicado en su revista. Sin dudas, el manuscrito de Llanes y otros.⁽¹⁾ es una valiosa contribución a la búsqueda de regímenes terapéuticos adaptados al escenario cubano y, en especial, en el contexto de la creciente resistencia antimicrobiana y de los retos para cumplimiento de la terapéutica.

En este sentido, resulta válido enfocar este comentario en la importancia de un enfoque integral para el manejo de la infección por *H. pylori*, sobre todo desde la perspectiva de los métodos diagnósticos empleados en los distintos niveles del sistema de salud cubano y desde la necesidad de implementar algoritmos diagnósticos adaptados a los recursos nacionales.

El artículo⁽¹⁾ resalta la eficacia y la simplicidad de la terapia dual a altas dosis, basado en la evidencia de la baja resistencia a amoxicilina observada en Cuba y el perfil de seguridad favorable de dicho antibiótico. Sin embargo, resulta oportuno subrayar, tal como reconocen las últimas guías internacionales,^(2,3,4) que la optimización de los resultados terapéuticos depende no solo de la elección del esquema antibiótico, sino también de la adecuada y oportuna confirmación de la infección, tanto antes como después del tratamiento.

En la actualidad, existe una amplia variedad de pruebas diagnósticas (invasivas y no invasivas) para la infección por *H. pylori*. La selección debe basarse en factores como la disponibilidad de recursos, del nivel de atención, de la experiencia del personal, de la edad y de los factores de riesgo del paciente.⁽⁵⁾ En entornos como el cubano, donde la endoscopia y el cultivo se limitan a hospitales especializados, es fundamental fortalecer el uso racional de pruebas no invasivas como la serología y el antígeno fecal, que demuestran elevada sensibilidad y especificidad, y pueden aplicarse en escenarios ambulatorios y de atención primaria.⁽³⁾

En esta línea, proponemos que la implementación de la terapia dual a altas dosis se acompañe de la adopción de un algoritmo diagnóstico adaptado, que contemple fases escalonadas y que puede dividirse según los niveles de atención de salud:^(2,5)

- En el nivel atención primaria, aunque se puede considerar un primer acercamiento diagnóstico clínico (síntomas digestivos y examen físico) y epidemiológico (antecedentes personales y/o familiares de la infección o de cáncer gástrico, hábitos alimentarios, consumo de agua, mascotas, per cápita

habitacional, etc.), se requiere confirmación de la infección para indicar terapia erradicadora. Sería ideal que en dicho nivel de atención se pudiera contar con algunos métodos no invasivos como la prueba rápida de antígenos en heces o una prueba serológica rápida de IgG para aplicarlos en adultos jóvenes y sin antecedentes conocidos de infección tratada o no, o malignidad. En las unidades de atención primaria, con capacidad para un servicio de endoscopia, en los casos pertinentes (adultos mayores de 50 años o con antecedentes de infección o malignidad) se puede realizar dicho proceder por un personal calificado. Una opción válida de diagnóstico en estos casos sería la toma de biopsia para una prueba rápida de ureasa (un reactivo fácil de preparar en la propia institución, con condiciones y entrenamiento necesarios). En dependencia de las características de la mucosa gástrica o duodenal se pudieran tomar otras muestras de biopsias para procesar en los niveles de atención secundaria o terciaria, según fuera el caso. La comprobación de la erradicación de la infección, luego de un tratamiento como el que describen Llanes y otros⁽¹⁾, se pudiera realizar con una prueba rápida de antígenos en heces, cuatro semanas después de terminado el tratamiento. Para que esto fuera viable, se necesitarían las condiciones e infraestructuras diagnósticas que se describen (prueba rápida de antígeno en heces, prueba rápida serológica, prueba rápida de ureasa, equipo de endoscopia, pinzas de biopsias, viales de transporte para muestras, así como un recurso humano entrenado en todas estas técnicas).

- En el nivel de atención secundaria se puede recibir las muestras de biopsia gástricas tomadas en los departamentos de endoscopia del nivel de atención primario o del propio hospital para su estudio histopatológico en los departamentos correspondientes de Anatomía Patológica; que pueden informar, la presencia y densidad de la bacteria, la intensidad del infiltrado crónico, el grado de actividad y la presencia de lesiones

premalignas. Las tinciones de Hematoxilina-Eosina y Giemsa son las más utilizadas y, por lo general, no hay dificultades en este nivel de atención para este método histopatológico.

- En el nivel de atención terciaria se pueden realizar otros métodos como el cultivo de la bacteria (en caso de fracaso terapéutico reiterado), por las características que necesita el microorganismo para su crecimiento y desarrollo y por la posibilidad de realizar pruebas de susceptibilidad antimicrobianas para guiar un tratamiento más certero, también en caso de resistencia o fallo terapéutico. La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) es otra de las pruebas posibles a realizar en este nivel de atención, sobre todo, cuando han fallado el resto de los métodos anteriores y cuando la clínica y la epidemiología son altamente sospechosas de la infección. Tanto el cultivo como el PCR se harían a expensas de ponches de biopsias, enviadas, con las condiciones adecuadas, de los niveles de atención precedentes. Por último, la detección de la urea espirada se puede utilizar en este nivel, por la complejidad de equipamiento e infraestructura que conlleva la misma, para comprobar la erradicación de la infección a esta instancia, cuando han fallado los métodos anteriores.

Para el correcto manejo diagnóstico de la infección por *H. pylori*, según los diferentes niveles de atención de salud en Cuba, se necesitan condiciones ideales, que a veces no se encuentran en la práctica diaria, pero que pudieran representar potencialidades que pueden permitir un uso más eficiente de los recursos, una mayor cobertura diagnóstica y un mejor monitoreo epidemiológico, tal como sugieren experiencias previas en América Latina y el Caribe.^(3,5)

Este enfoque garantiza, además, un uso racional de recursos en el sistema de salud cubano, lo que optimiza la detección y el seguimiento, y maximiza el impacto positivo de tratamientos simplificados y con mejores perfiles de seguridad y de adherencia como el descrito por Llanes y otros.⁽¹⁾

El diseño y la implementación conjunta de protocolos diagnósticos y terapéuticos adaptados, con evaluación continua en estudios clínicos nacionales, permite mejorar los resultados en el control de *H. pylori* y sus complicaciones asociadas, a la vez que se aporta evidencia local fortalecida para guiar decisiones terapéuticas en Cuba.^(2,5)

Por último, se insta a los autores y a los lectores de los *Archivos Cubanos de Gastroenterología* a considerar que el éxito de cualquier estrategia terapéutica depende de la implementación de algoritmos diagnósticos robustos, como recomienda la evidencia internacional reciente. La integración de estos modelos debe ser una prioridad en la agenda de investigación nacional, para poder lograr una reducción sostenible de la carga de *H. pylori* y sus complicaciones asociadas.

Referencias bibliográficas

1. Llanes R, Feliciano O, Gutiérrez O, Álvarez M, Falcón R. Terapia dual con omeprazol y amoxicilina a dosis alta. Una opción en el manejo de la infección por *Helicobacter pylori* en Cuba. Arch Cub Gastroenterol [Internet]. 2024 [citado 16/07/2025];3:e177. Disponible en: <https://revgastro.sld.cu/index.php/gast/article/view/177/195>.
2. Malfertheiner P, Megraud F, Rokkas T, Gisbert JP, Liou JM, Schulz C, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht VI/Florence consensus report. Gut. 2022;gutjnl-2022-327745. DOI: <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2022-327745>.
3. Bordin DS, Voynovan IN, Andreev DN, Maev IV. Current *Helicobacter pylori* diagnostics. Diagnostics (Basel). 2021;11(8):1458. DOI: <https://doi.org/10.3390/diagnostics11081458>.
4. Graham DY, Lee YC, Wu MS. Rational *Helicobacter pylori* therapy: evidence-based medicine rather than medicine-based evidence. Clin Gastroenterol Hepatol. 2014;12:177-86. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2013.05.028>.
5. Duquesne A, Falcón R, Galindo B, Feliciano O, Gutiérrez O, Baldoquín W, et al. Diagnostic testing accuracy for *Helicobacter pylori* infection

among adult patients with dyspepsia in Cuba's primary care setting.
Microorganisms. 2023;11(4):997.

<https://doi.org/10.3390/microorganisms11040997>.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.