

LA COLMENA

El hallazgo de Marshall



Miguel Fernández
Bermejo

Médico

Se ha concedido el Premio Nobel de Medicina 2005 a los investigadores australianos Barry Marshall y Robin Warren por el descubrimiento de la bacteria *Helicobacter pylori* y su asociación al desarrollo de la úlcera gastroduodenal y de gastritis. Es interesante conocer como este descubrimiento ha cambiado en pocos años los conocimientos sobre la historia natural de la úlcera péptica y como ha influido en el quehacer diario de la Gastroenterología. El esquema clásico de la patogenia de la úlcera péptica era una alteración de la balanza entre factores defensivos de la mucosa gástrica (la estructura de la mucosa, el moco gástrico, el bicarbonato producido) y factores agresivos (gastrina, pepsinógeno). El

exceso de ácido clorhídrico (ClH) se consideraba fundamental. La etiopatogenia de cualquier tratado describía diferentes teorías (mecánicas, nerviosas, endocrinas, sales biliares, alcohol, stress, etc), todas ellas con sus correspondientes deducciones llegando por lo general a la afirmación clásica: "no ácido, no úlcera". El exceso de ácido gástrico daña la mucosa gástrica y provoca la gastritis y las úlceras digestivas. El tratamiento, por tanto, consistía en disminuir la secreción del ácido y estimular los factores protectores. Así se recomendaban diversos tipos de dietas y normas dietéticas ("listados de alimentos permitidos y no permitidos"), todavía solicitadas con asiduidad por pacientes. Se utilizaban fármacos con acción antagonista del ácido (el clásico bicarbonato), los antiácidos y "tonificantes" o protectores de la mucosa gástrica. La aparición de los antagonistas H2 (Cimetidina, Famotidina y luego Ranitidina) en 1976, proporcionó un gran avance tanto en la consecución de la cicatrización de la úlcera como en el alivio de los síntomas. Evidentemente los fármacos inhibidores de la bomba de protones, el Omeprazol, aportaron aun más ventajas respecto a los anti-H2. Estos fármacos inhiben una enzima implicada en el proceso de secreción del ácido gástrico, siendo actualmente uno de los más vendidos. El objetivo de cicatrizar la úlcera y aliviar los síntomas se conseguía, pero no se podía cambiar la historia natural de la enfermedad, se decía que "la practica clínica nos enseña que se trata de una enfermedad crónica y recidivante". El enfermo era ulceroso para toda la vida, con sus recaídas en primavera y otoño, y con sus posibles complicaciones, como la hemorragia digestiva.

Durante todos estos años se observaron bacterias procedentes del tubo digestivo, que eran consideradas contaminación de las muestras de biopsias gástricas. A finales del siglo XIX y comienzos del XX, varios investigadores publicaron la presencia de microorganismos espirales en el estómago humano. En

general ese hallazgo era mal interpretado, por considerar que el pH ácido servía de protección, manteniendo un medio estéril en el estómago. Se negaba la posibilidad de que una bacteria pudiera sobrevivir en un medio tan ácido como el jugo gástrico: "las espiroquetas no forman parte del ambiente histológico de la mucosa gástrica humana, ni en la salud ni en la enfermedad". No fue hasta 1982 en que de forma fortuita, Marshall olvidó unas muestras durante el periodo vacacional de Semana Santa en estufa de incubación que permitió el crecimiento de las bacterias durante cuatro días (cuando antes únicamente se dejaban 48 horas), se pudo observar la presencia de microorganismos curvos en estrecha relación con las células de la mucosa gástrica y con áreas de inflamación de la mucosa gástrica. Lo fundamental no era su descripción, sino correlacionar la presencia de este microorganismo con la gastritis crónica y un año después con la enfermedad ulcerosa. Posteriormente, con el estudio intenso de estas bacterias y tras varios cambios de nombre (Campilobacter-like, Campilobacter pyloridis), se llega a la conclusión de que estos microorganismos forman parte de un nuevo género: *Helicobacter*, y en concreto la bacteria *Helicobacter pylori*.

El hallazgo de *Helicobacter pylori* provocó un cisma entre gastroenterólogos, nadie daba crédito a sus descubrimientos. Marshall llegó a beberse un cultivo de bacterias para demostrar la relación con la gastritis aguda. En España los gastroenterólogos se dividían en "creyentes" y "no creyentes". La mayoría se incluía ente los "no creyentes": se negaban a aceptar algo que amenazaba con cambiar radicalmente el tratamiento establecido de la úlcera péptica. El Profesor José María Pajares, pionero en el estudio del *Helicobacter pylori*, hizo una de las primeras exposiciones que sólo acaparó la atención de unas 15 personas en un Congreso Nacional que contaba con la asistencia de 600. Estudios posteriores confirmaron los hallazgos de Warren y Marshall, demostrando la disminución de las recidivas ulcerosas tras la eliminación de la bacteria. Diez años después, en 1994, fue clave para la aceptación de la importancia y realidad de la relación entre *Helicobacter pylori* y enfermedades gastroduodenales la celebración de una Conferencia de Consenso en EE.UU, un Symposium Internacional sobre patología gastroduodenal y *Helicobacter* y el X Congreso Mundial de Gastroenterología de Los Ángeles, donde *Helicobacter pylori* es el gran protagonista con multitud de trabajos de todo el mundo. Estos hallazgos revolucionaron el modo de tratar las úlceras. Se pasó de un tratamiento de los síntomas (con inhibidores del ácido) a poder curar las úlceras en la personas infectadas por esta bacteria (añadiendo antibióticos).

Los conocimientos sobre *Helicobacter pylori* han evolucionado mucho desde su descubrimiento hasta nuestros días. No es sólo su relación con la gastritis y la úlcera, también se estudia su relación con los linfomas MALT y el cáncer gástrico. La Organización Mundial de la Salud considera al *Helicobacter*

pylori como carcinógeno tipo 1. También se ha relacionado al *Helicobacter pylori* con muchas enfermedades extraintestinales, como la cardiopatía isquémica, la urticaria crónica o la diabetes.

Inicialmente se consideraba que todos los pacientes debían tratarse. Actualmente tan importante como las indicaciones de tratar se consideran las exclusiones de pacientes que no deben tratarse. No hay que olvidar que se estima que más del 50% de la población mundial presenta la bacteria en su estómago.

Los métodos diagnósticos y el tratamiento también han variado sustancialmente desde el inicio. Inicialmente las pautas de tratamiento eran muy complejas y de difícil cumplimiento. La triple terapia clásica consistía en más de 16 pastillas al día durante 2 semanas, con efectos secundarios molestos. La elección de fármacos también ha sido dificultosa por las diferencias entre los resultados "in vitro" con los resultados clínicos y por el desarrollo de resistencias. Actualmente, en la II Conferencia Española de Consenso sobre *Helicobacter pylori*, se recomienda el tratamiento para curar la úlcera durante sólo siete días con Omeprazol, Claritromicina y Amoxicilina.

El diagnóstico de la infección y el control de la infección puede realizarse mediante un test respiratorio o test de aliento, que consiste sencillamente en soplar dentro de un tubo de vidrio o bolsa. *Helicobacter pylori* se caracteriza por presentar una actividad ureasa muy marcada. Si administramos por boca una solución con urea, se produce una reacción de hidrólisis, produciendo CO2 que se expulsa con el aliento espirado. Para marcar la urea se utiliza el carbono 13 que es un isótopo estable, no radiactivo y que es totalmente inocuo en su manipulación y para el paciente. Para su medición se utiliza un espectrómetro de masas o la medición por infrarrojos. Tras el tratamiento se mide esa sustancia, que debe haber desaparecido si hemos conseguido eliminar la bacteria. Esta prueba dura aproximadamente 30 minutos, y no causa ninguna molestia ni tiene ninguna contraindicación, pudiéndose repetir tantas veces como sea necesario. Desde mayo de este año, disponemos en la Unidad de Aparato Digestivo del Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres, de un espectrofotómetro por infrarrojos que permite disponer del resultado del test en menos de 10 minutos, sin necesidad de remitir las muestras a otros Laboratorios en Madrid.

Helicobacter pylori ocupa actualmente buena parte del tiempo de los Congresos de Gastroenterología, miles de comunicaciones científicas, capítulos de libros y libros enteros, artículos en revistas científicas nacionales e internacionales (incluso hay revistas enteras: *Helicobacter*). Se realizan reuniones únicamente dedicadas al estudio de esta bacteria. Ha revolucionado el pronóstico y tratamiento, de forma que la úlcera péptica ya no es una enfermedad crónica sino un trastorno que puede curarse siguiendo una pauta de antibióticos y de inhibidores de la secreción ácida durante un corto periodo de tiempo.

Sobre el papel de la enfermería en la estomaterapia



María del Carmen
Prieto Calle

Enfermera

La creación de esta Consulta viene dada por la necesidad de introducirse en el sentimiento del paciente (Saber lo que piensa, siente, teme y espera), de convertirse en confidente de los problemas derivados de su ostomía y aportar la comprensión y ayuda necesarias.

Esto exige tiempo, dedicación, un cierto sobreesfuerzo y sobre todo una buena preparación en cuanto a conocimientos técnicos de ostomía, sus indicaciones, tipos de secuelas y problemas asociados a este tipo de derivación.

El objetivo principal del personal de enfermería debe ser el de reinserir al paciente en el mismo lugar de la sociedad que ocupaba antes de la intervención y rehabilitarlo satisfactoriamente hasta que se sienta capacitado. Para ello, debemos conseguir que el paciente aprenda a cuidar su estoma y realizar su higiene diaria, para asegurar que consiga el más alto nivel de autosuficiencia, asesorándole sobre los problemas que éste pueda plantear una vez se halle en su medio habitual.

Si podemos ayudar a nuestros pacientes a conseguir un nivel aceptable de calidad de vida, tanto para ellos como individuos, como para sus familias, nuestra preparación y esfuerzos no se habrán perdido.

Los pacientes a los que se les realiza una ostomía, generalmente, sufren durante mucho tiempo molestias muy serias y se enfrentan a un tratamiento quirúrgico de gran agresividad como última salida.

Un gran porcentaje de pacientes ostomizados es diagnosticado de cáncer.

Después del tratamiento no regresan a una situación normal, ya que la intervención quirúrgica produce una agresión a la imagen corporal y existen cambios en los hábitos de vida de estos pacientes.

Estos pacientes deben ser cuidados y evaluados por un equipo de profesionales instruidos en todos los aspectos del estoma, y requieren un tratamiento individualizado y una asistencia completa y de calidad, ya que la facilidad con que consigan adaptarse a su nueva situación va a depender, en gran parte, de los cuidados de enfermería y de la educación sanitaria que reciban estos pacientes.

Las consultas de enfermería especializada en estomaterapia son una solución eficaz para ofrecer los servicios de calidad que precisa la población.

El objetivo general de esta Consulta es proporcionar atención integral a la persona ostomizada en su medio habitual mediante la promoción, protección, curación y rehabilitación de la salud.

Remitiéndonos al Real Decreto 137/84, Artículo 5, concebimos que las funciones del profesional experto en ostomías en la Consulta de Estomaterapia serían las siguientes:

Realizar las actividades encaminadas a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad y a la reinserción social del paciente/persona ostomizada.

Realizar actividades de formación pregraduada y postgraduada de atención sanitaria especializada en ostomías.

Es necesario dar una información canalizada al paciente y a su familia.

En primer lugar, daremos una información generalizada de

todas las pruebas diagnósticas a realizar, de esta forma conseguiremos la colaboración del paciente y despejaremos las dudas y temores que intrigan a él y a su familia sobre los cambios físicos corporales subsecuentes a la intervención a la que va a ser sometido y temporalidad de la situación que se va a desarrollar.

En una segunda fase de comunicación se informaría sobre su situación y actitud que debe adoptar frente a los cambios físicos que le preocupan y dotar de medios que le reduzcan sus temores, haciéndole la situación más llevadera y enseñándole a observar dichos cambios.

La información será medida y determinada a cada individuo, dependiendo de las necesidades individuales de cada persona.

Por tanto, para informar hemos de medir el grado de necesidad que el paciente tiene de recibir nuevos datos.

En conclusión, con la creación de un sistema de atención integral al paciente ostomizado y la coordinación de los distintos niveles de asistencia, el objetivo se vería cubierto con la creación de programas específicos que interrelacionen los distintos niveles de salud de la Comunidad.

Para finalizar, queremos reseñar que la inquietud que nos ha llevado a plantearnos la idea de prestar atención integral al paciente ostomizado es simple y llanamente la de MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA, y entendemos por calidad de vida el grado en que el paciente es capaz de satisfacer sus deseos, a pesar de las limitaciones impuestas por la enfermedad y el tratamiento.

La calidad de asistencia depende, en gran parte, de los valores psicológicos y de la relación, y, por supuesto, de los valores técnicos.