

DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2026.4882>

RESPUESTA

Agradecemos a los autores el interés y la lectura cuidadosa de nuestro artículo “**Prevalencia de *Helicobacter pylori* medida por prueba de aliento en pacientes que realizan control médico de manera ambulatoria en un consultorio**”, publicado recientemente en Acta Médica Colombiana. Valoramos los comentarios realizados, los cuales permiten ampliar la discusión académica y fortalecer la interpretación de los hallazgos presentados.

En relación con la observación sobre el posible efecto del uso reciente de inhibidores de la bomba de protones (IBP), antibióticos o sales de bismuto sobre la precisión diagnóstica de la prueba de aliento con urea marcada con ^{13}C , coincidimos en que este es un aspecto relevante y ampliamente descrito en la literatura. Tal como se señala en guías internacionales y consensos recientes, estos medicamentos pueden disminuir transitoriamente la carga bacteriana y la actividad ureasa, con el consecuente riesgo de resultados falsamente negativos si no se suspende su uso con la ante-lación recomendada (1, 2).

Al respecto, es importante aclarar que, en nuestro estudio, la solicitud y realización de la prueba de aliento siguió los protocolos clínicos habituales del laboratorio de referencia, los cuales incluyen la recomendación de suspender IBP, antibióticos y bismuto antes del examen, conforme a las guías vigentes. Si bien esta condición no fue analizada como una variable independiente ni cuantificada de manera específica, esta limitación es inherente a muchos estudios observacionales de práctica clínica real y fue considerada dentro del análisis e interpretación de los resultados, particularmente al comparar nuestras cifras con estudios históricos y contemporáneos (3, 4).

En cuanto a la variabilidad técnica de la prueba de aliento y la posible falta de estandarización entre equipos y protocolos, reconocemos que existen diferencias metodológicas entre estudios realizados en distintos contextos geográficos y con diferentes dispositivos diagnósticos, lo cual puede influir en la comparabilidad absoluta de las prevalencias reportadas. No obstante, la prueba de aliento con ^{13}C -urea continúa siendo recomendada por múltiples guías internacionales como una de las pruebas no invasivas con mayor

sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de *H. pylori*, especialmente en estudios epidemiológicos y de tamizaje, con valores reportados cercanos al 95-100% cuando se emplea bajo condiciones adecuadas (2, 5, 6).

El objetivo principal de nuestro estudio fue describir la prevalencia de infección por *H. pylori* en una población ambulatoria específica del municipio de Envigado, donde no existían reportes previos, más que establecer comparaciones directas de exactitud diagnóstica entre diferentes métodos. En este contexto, el uso de la prueba de aliento resulta apropiado, éticamente aceptable y metodológicamente consistente con estudios poblacionales similares, evitando procedimientos invasivos innecesarios en pacientes sin indicación clínica de endoscopia digestiva superior (5, 7).

Respecto a la afirmación de que la endoscopia con biopsia constituye el “mejor método de referencia” con sensibilidad y especificidad del 100%, consideramos importante matizar esta afirmación. Si bien las técnicas invasivas permiten la evaluación histológica de la mucosa gástrica y la identificación de lesiones premalignas, su rendimiento diagnóstico depende de múltiples factores, incluyendo el número y localización de las biopsias, la experiencia del patólogo y la distribución parcheada de la infección, lo que puede generar falsos negativos. Por esta razón, las guías actuales reconocen que no existe un único “*gold standard*” absoluto, y recomiendan seleccionar el método diagnóstico según el contexto clínico, el objetivo del estudio y el balance riesgo-beneficio para el paciente (2, 6, 8).

Finalmente, agradecemos la oportunidad de aclarar estos aspectos y coincidimos en que la estandarización de los protocolos diagnósticos y la adecuada preparación del paciente son fundamentales para optimizar la precisión de las pruebas. Consideramos que los comentarios recibidos enriquecen la discusión y refuerzan la necesidad de interpretar los resultados epidemiológicos a la luz del contexto clínico y metodológico en el que se obtienen.

Atentamente,

Samuel Tamayo-López.

En nombre de los autores. Envigado (Colombia).

E-Mail: tamayolopezsamuel@gmail.com

Referencias

1. **Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, et al.** Management of *Helicobacter pylori* infection—the Maastricht V/Florence Consensus Report. *Gut*. 2017;66(1):6–30.
2. **Malfertheiner P, Camargo MC, El-Omar E, et al.** *Helicobacter pylori* infection. *Nat Rev Dis Primers*. 2023;9(1):1–24.
3. **Hooi JKY, Lai WY, Ng WK, et al.** Global prevalence of *Helicobacter pylori* infection: systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology*. 2017;153(2):420–429.
4. **Crowe SE.** *Helicobacter pylori* infection. *N Engl J Med*. 2019;380(12):1158–1165.
5. **Bordin DS, Voynovan IN, Andreev DN, Maev IV.** Current *Helicobacter pylori* diagnostics. *Diagnostics*. 2021;11(8):1458.
6. **Jones NL, Koletzko S, Goodman K, et al.** Joint ESPGHAN/NASPGHAN guidelines for the management of *Helicobacter pylori* in children and adolescents. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2017;64(6):991–1003.
7. **Liou JM, Malfertheiner P, Lee YC, et al.** Screening and eradication of *Helicobacter pylori* for gastric cancer prevention: the Taipei global consensus. *Gut*. 2020;69(12):2093–2112.
8. **Garcés-Durán R, Llach J, Fernández-Esparrach G.** Diagnóstico endoscópico de la infección por *Helicobacter pylori*. *Gastroenterol Hepatol*. 2022;46(6):411–420.

