

## CONSENSO SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI 2021

Fármacos, dosis y duración de los tratamientos erradicadores para la infección por *Helicobacter pylori* (HP) adaptado de la V Conferencia Española de Consenso sobre el tratamiento de la infección por HP.

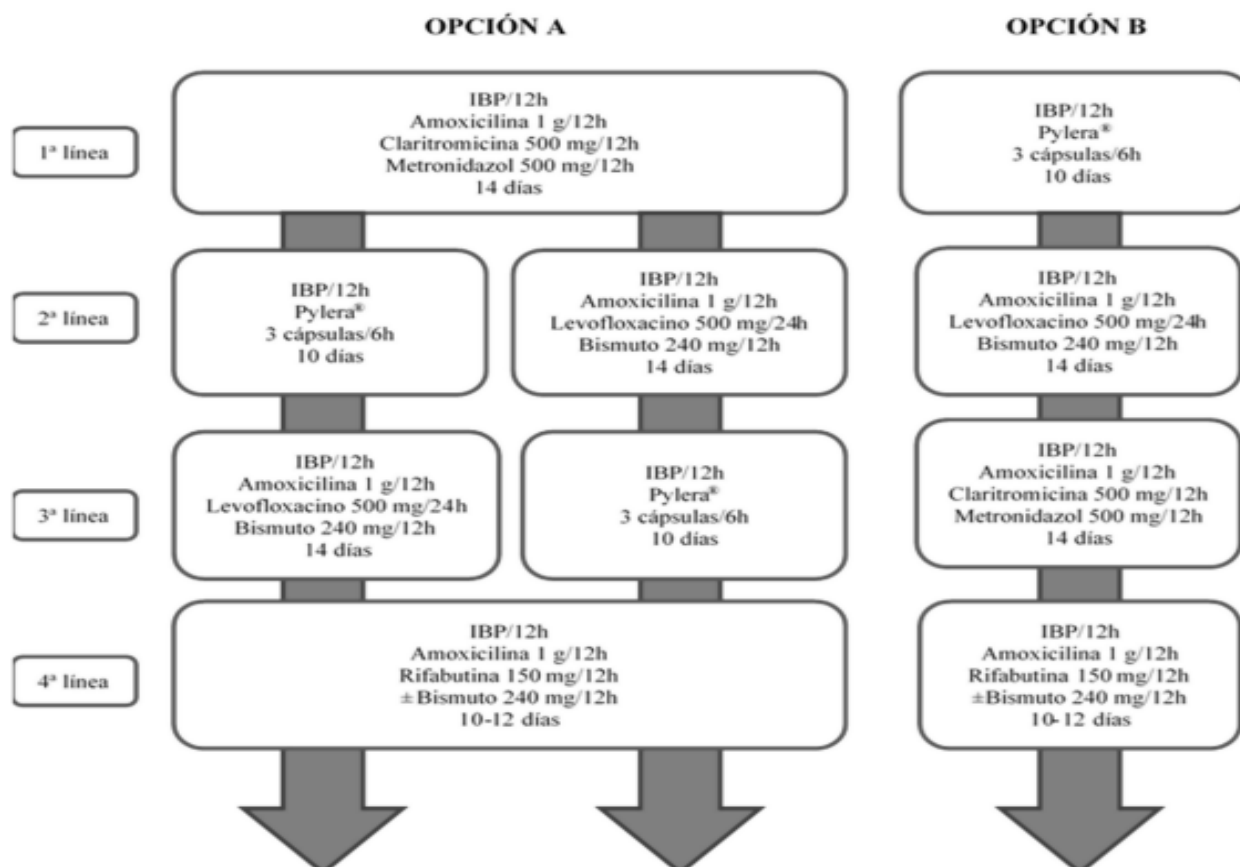
Fármacos, dosis y duración de los tratamientos erradicadores de *H. pylori* recomendados

| TRATAMIENTO   | FÁRMACOS   | POSOLOGÍA   | DURACIÓN (días) |
|---|--|---|-----------------|
| <b>TERAPIA CUÁDRUPLE SIN BISMUTO (CONCOMITANTE)</b><br>1ª OPCIÓN NO ALERGICOS A PENICILINA  | IBP<br>AMOXICILINA<br>CLARITROMICINA<br>METRONIDAZOL         | Dosis estándar <sup>a</sup> /12 h<br>1 g/12 h<br>500 mg/12 h<br>500 mg/12h      | 14              |
| <b>TERAPIA CUÁDRUPLE CON BISMUTO</b><br><b>PYLERA®</b> (Pylera cápsulas 140 mg subcitrato de bismuto potasio /125 mg metronidazol /125 mg clorhidrato de tetraciclina)<br>1ª OPCIÓN EN ALERGICOS A PENICILINA | IBP<br>PYLERA®   | Dosis estándar <sup>a</sup> /12 h<br>3 cápsulas/6 h <sup>b</sup>                | 10              |
| <b>TERAPIA CUÁDRUPLE CON LEVOFLOXACINO Y BISMUTO</b>  | IBP<br>AMOXICILINA<br>LEVOFLOXACINO<br>SUBCITRATO DE BISMUTO | Dosis estándar <sup>a</sup> /12 h<br>1 g/12 h<br>500 mg/24 h<br>240 mg/12 h     | 14              |
| <b>TERAPIA CON RIFABUTINA</b>   | IBP<br>AMOXICILINA<br>RIFABUTINA<br>± SUBCITRATO DE BISMUTO  | Dosis estándar <sup>a</sup> /12 h<br>1000 mg/12 h<br>500 mg/24 h<br>240 mg/12 h | 10-12           |

IBP: inhibidor de la bomba de protones.

<sup>a</sup> El beneficio de administrar IBP de última generación (rabeprazol o esomeprazol) y la utilización de doble dosis de los mismos no está claramente establecido, a diferencia de lo que ocurría con el tratamiento triple estándar; sin embargo, es probable que estas optimizaciones añadan también beneficios erradicadores a estas pautas terapéuticas.

<sup>b</sup> Aunque esta es la dosis incluida en ficha técnica, un estudio reciente basado en los datos del Registro Europeo de *Helicobacter pylori* (Hp-EuReg) sugiere que la dosis de 4 cápsulas/8 h podría tener una similar efectividad y tolerancia.



Algoritmo para el tratamiento inicial y de rescate de la infección por *H. pylori*.

h: horas; IBP: inhibidor de la bomba de protones.

## RECOMENDACIONES

**Recomendación 1.** Actualmente, se recomienda que un tratamiento erradicador sea considerado efectivo cuando sea capaz de curar la infección por *H. pylori* en un porcentaje próximo o preferiblemente superior al 90% de los pacientes.

**Recomendación 2.** Como tratamiento de primera línea de la infección por *H. pylori* se recomienda una pauta cuádruple concomitante sin bismuto (IBP, claritromicina, amoxicilina y metronidazol) o una combinación cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol).

**Recomendación 3.** Se recomienda que la duración del tratamiento cuádruple concomitante sin bismuto (IBP, claritromicina, amoxicilina y metronidazol) sea de 14 días.

**Recomendación 4.** Se recomienda que la duración de la terapia cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol) sea de 10 días como mínimo.

**Recomendación 5.** En pacientes alérgicos a la penicilina se recomienda de primera línea una pauta cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol).

**Recomendación 6.** No se recomienda asociar probióticos al tratamiento erradicador.

**Recomendación 7.** Tras el fracaso de un primer tratamiento que incluya claritromicina (triple o cuádruple), se recomienda una terapia cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol). Otra alternativa es una pauta cuádruple con levofloxacino (IBP, amoxicilina, levofloxacino y bismuto).

**Recomendación 8.** Tras el fracaso de un primer tratamiento con una terapia cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol), se recomienda una pauta cuádruple con levofloxacino (IBP, amoxicilina, levofloxacino y bismuto).

**Recomendación 9.** Tratamiento de rescate en pacientes alérgicos a la penicilina:

a) Tras el fracaso de un primer tratamiento triple (IBP, claritromicina y metronidazol), se sugiere emplear una terapia cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol).

b) Tras el fracaso de un primer tratamiento cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol), se sugiere una terapia cuádruple con IBP, levofloxacino, claritromicina y bismuto.

**Recomendación 10.** Tras el fracaso de un primer tratamiento con claritromicina y una segunda línea con levofloxacino, se recomienda un tratamiento cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol).

**Recomendación 11.** Tras el fracaso de un primer tratamiento con claritromicina y una segunda línea cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol), se recomienda un tratamiento cuádruple con levofloxacino (IBP, amoxicilina, levofloxacino y bismuto).

**Recomendación 12.** Tras el fracaso de un primer tratamiento cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol) y una segunda línea con levofloxacino, se sugiere un tratamiento cuádruple concomitante (IBP, amoxicilina, claritromicina y metronidazol).

**Recomendación 13.** Tras el fracaso de un tercer tratamiento, se sugiere reevaluar cuidadosamente la necesidad de erradicar la infección y, en su caso, pautar una cuarta línea con rifabutina.

**Recomendación 14.** En los pacientes con úlcera duodenal no complicada que no requieren antiinflamatorios no esteroideos/aspirina, no se recomienda mantener el tratamiento antisecretor tras haber finalizado el tratamiento erradicador de *H. pylori*.

**Recomendación 15.** En los pacientes con úlcera gástrica que no requieren antiinflamatorios no esteroideos/aspirina, se recomienda mantener el tratamiento antisecretor durante cuatro a ocho semanas tras haber finalizado el tratamiento erradicador de *H. pylori*.

**Recomendación 16.** En los pacientes con hemorragia digestiva por úlcera péptica la erradicación de *H. pylori* elimina la práctica totalidad de las recidivas; por tanto, una vez confirmada la erradicación y en ausencia de toma de antiinflamatorios no esteroideos/aspirina, se recomienda no administrar tratamiento de mantenimiento con antisecretores

Recuerdo del **consenso sobre el tratamiento de la infección por Helicobacter Pylori 2017** adaptado de la IV Conferencia Española de Consenso sobre el tratamiento de la infección por HP.

| TRATAMIENTO   | FÁRMACOS   | POSOLOGÍA  | DURACIÓN (días) |
|---|--|--|-----------------|
| <b>TERAPIA CUÁDRUPLE SIN BISMUTO (CONCOMITANTE)</b><br>1ª OPCIÓN NO ALERGICOS A PENICILINA  | IBP<br>AMOXICILINA<br>CLARITROMICINA<br>METRONIDAZOL                     | Dosis estándar <sup>a</sup> /12 h<br>1 g/12 h<br>500 mg/12 h<br>500 mg/12h                 | 14              |
| <b>TERAPIA CUÁDRUPLE CON BISMUTO PYLERA®</b> (Pylera cápsulas 140 mg subcitrate de bismuto potasio /125 mg metronidazol /125 mg clorhidrato de tetraciclina)<br>1ª OPCIÓN EN ALERGICOS A PENICILINA<br>2ª/3ª OPCIÓN NO ALERGICOS A PENICILINA | IBP<br>PYLERA®   | Dosis estándar <sup>a</sup> /12 h<br>3 cápsulas/6 h  | 10              |
| <b>TERAPIA CUÁDRUPLE CON BISMUTO CLÁSICA</b><br>1ª OPCIÓN EN ALERGICOS A PENICILINA<br>2ª/3ª OPCIÓN NO ALERGICOS A PENICILINA   | IBP<br>SUBCITRATO DE BISMUTO<br>DOXICICLINA <sup>b</sup><br>METRONIDAZOL | Dosis estándar <sup>a</sup> /12 h<br>120 mg/6 h o 240 mg/12 h<br>100 mg/12 h<br>500 mg/8 h | 10-14           |
| <b>TERAPIA CUÁDRUPLE CON LEVOFLOXACINO Y BISMUTO</b><br>2ª OPCIÓN NO ALERGICOS A PENICILINA   | IBP<br>AMOXICILINA<br>LEVOFLOXACINO<br>SUBCITRATO DE BISMUTO             | Dosis estándar <sup>a</sup> /12 h<br>1 g/12 h<br>500 mg/24 h<br>240 mg/12 h                | 14              |
| <b>TERAPIA TRIPLE CON LEVOFLOXACINO</b><br>3ª OPCIÓN NO ALERGICOS A PENICILINA  | IBP<br>AMOXICILINA<br>LEVOFLOXACINO                                      | Dosis estándar <sup>a</sup> /12 h<br>1 g/12 h<br>500 mg/24 h                               | 14              |
| <b>TERAPIA TRIPLE CON RIFABUTINA</b><br>4ª OPCIÓN NO ALERGICOS A PENICILINA   | IBP<br>AMOXICILINA<br>RIFABUTINA   | Dosis estándar <sup>a</sup> /12 h<br>1 g/12 h<br>150 mg/12 h                               | 10              |
| <b>TERAPIA TRIPLE CON LEVOFLOXACINO</b><br>2ª OPCIÓN EN ALERGICOS A PENICILINA  | IBP<br>CLARITROMICINA<br>LEVOFLOXACINO                                   | Dosis estándar <sup>a</sup> /12 h<br>500 mg/12 h<br>500 mg/24 h                            | 10              |

IBP: inhibidor de la bomba de protones.

<sup>a</sup> El beneficio de administrar IBP de última generación (rabeprazol o esomeprazol) y la utilización de doble dosis de los mismos no está claramente establecido, a diferencia de lo que ocurría con el tratamiento triple estándar; sin embargo, es probable que estas optimizaciones añadan también beneficios erradicadores a estas pautas terapéuticas.

<sup>b</sup> Aunque habitualmente se recomienda emplear tetraciclina clorhidrato, actualmente este antibiótico ya no se comercializa en España, por lo que se podría emplear en su lugar doxiciclina (aunque la experiencia es mucho más limitada y existen dudas sobre su equivalencia terapéutica).