dr. javico

GUÍA RESUMIDA

Así se trata *H. pylori* en 2026: lo que cambió y cómo se hace bien

Resumen de la **guía de la ACG 2024** (American College of Gastroenterology) y del **consenso Maastricht VI / Florencia**, con los datos de resistencia de **Ecuador**.



Dr. Javier Arévalo · Médico General

Guayaquil, Ecuador · **@dr.javico**

Material educativo. No reemplaza una consulta médica: el esquema correcto depende de tu historia, tus alergias y los tratamientos que ya recibiste.

01 · LO ESENCIAL

Si solo lees una página, que sea *esta*

La triple clásica (omeprazol + amoxicilina + claritromicina por 7 a 10 días) ya no es la primera opción en un país con la resistencia de Ecuador.

1. **Primera línea: cuádruple con bismuto por 14 días.** IBP cada 12 horas + bismuto + tetraciclina + metronidazol. Es el esquema preferido de la ACG 2024 y de Maastricht VI cuando la resistencia a claritromicina es de 15 % o más, o no se conoce.
2. **Claritromicina y levofloxacino, solo con antibiograma.** La ACG pide no usarlos sin una prueba que demuestre que la bacteria es sensible.
3. **Duración: 14 días, con dosis plenas.** Metronidazol a 1,5–2 g al día y tetraciclina (no doxiciclina).
4. **Si fracasa, no se repite lo que falló.** Si nunca recibiste la cuádruple con bismuto, ese es el rescate. Si ya fallaste con ella, la ACG sugiere la triple con rifabutina.
5. **La prueba de control es obligatoria para todos.** Al menos 4 semanas después de terminar, con prueba de aliento, antígeno en heces o biopsia. Nunca con serología.
6. **Antes de cualquier prueba:** deja el omeprazol (u otro IBP) 2 semanas antes y los antibióticos y el bismuto 4 semanas antes, para evitar falsos negativos.

POR QUÉ IMPORTA EN ECUADOR

1ª causa de muerte por cáncer

El cáncer gástrico es la primera causa de muerte por cáncer en Ecuador (GLOBOCAN: unos 3.100 casos nuevos y 2.281 muertes al año). *H. pylori* es carcinógeno del Grupo 1 de la IARC.

LO QUE LOGRA ERRADICARLA

–46 % de cáncer gástrico

En adultos sanos infectados, erradicar la bacteria redujo la incidencia de cáncer gástrico en 46 % y su mortalidad en 39 % (metaanálisis de ensayos aleatorizados, Ford 2020).

02 · LOS ESQUEMAS

Cuatro esquemas, *un orden*

Todos duran 14 días. La columna "fuerza" resume cómo los califica la ACG 2024.

CUÁNDO	ESQUEMA Y DOSIS	FUERZA
1ª línea Sin tratamiento previo. También en alergia a la penicilina.	**Cuádruple con bismuto optimizada** IBP dosis estándar c/12 h · subcitrato de bismuto 120–300 mg o subsalicilato 300–524 mg c/6 h · tetraciclina 500 mg c/6 h · metronidazol 500 mg 3–4 veces al día	Recomendada
Alternativa Sin alergia a la penicilina.	**Dual con amoxicilina** Vonoprazán 20 mg c/12 h + amoxicilina 1 g c/8 h (ACG). En Latinoamérica se usa también con IBP a dosis alta y amoxicilina ≥3 g al día.	Condicional
Rescate Si ya falló la cuádruple optimizada.	**Triple con rifabutina** Omeprazol 40 mg + amoxicilina 1 g + rifabutina 50 mg c/8 h (existe en cápsula combinada).	Condicional
Solo con antibiograma Bacteria sensible demostrada.	**Triple con claritromicina:** IBP + amoxicilina 1 g + claritromicina 500 mg c/12 h. **Triple con levofloxacino:** IBP c/12 h + amoxicilina 1 g c/12 h + levofloxacino 500 mg una vez al día.	Con prueba

SI NO HAY BISMUTO (MAASTRICHT VI)

Cuádruple concomitante sin bismuto por 14 días: IBP + amoxicilina + claritromicina + metronidazol, todos a la vez. Solo funciona donde la resistencia doble a claritromicina y metronidazol es baja, y no figura entre las primeras líneas de la ACG. En Ecuador sí se consigue bismuto en farmacia (subsalicilato).

Qué significa "optimizada"

- **14 días**, no 7 ni 10. Un ensayo en Taiwán mostró que 10 días funcionan igual, pero allí la resistencia a metronidazol ronda 35 %; en Ecuador está entre 63 % y 70 %, así que el estándar local sigue siendo 14.
- **Metronidazol a 1,5–2 g al día.** Las dosis bajas son una causa frecuente de fracaso.
- **IBP cada 12 horas.** En metabolizadores rápidos de CYP2C19 conocidos, la ACG prefiere esomeprazol o rabeprazol.
- **Tetraciclina, no doxiciclina**, según la ACG. El consenso mexicano 2025 acepta la doxiciclina cuando no hay tetraciclina, con evidencia preliminar: es un punto en el que las guías no coinciden.

03 · PRIMERA LÍNEA, PASO A PASO

Un día con la *cuádruple*

Horario de ejemplo: cuatro tomas al día, después de las comidas y al acostarse; el IBP, antes del desayuno y de la cena.

MEDICAMENTO	7:00	13:00	19:00	23:00
Esomeprazol 40 mg Antes de desayuno y cena	●	○	●	○
Bismuto 525 mg Subsalicilato · 30 mL	●	●	●	●
Tetraciclina 500 mg Con un vaso lleno de agua	●	●	●	●
Metronidazol 500 mg 3 o 4 veces al día	●	●	●	●

Lo que es normal

- **Heces y lengua oscuras** por el bismuto: son transitorias e inofensivas. No es sangrado.
- **Sabor metálico** por el metronidazol.
- Náuseas o malestar leve. Si son intensos, no abandones: consulta.

Lo que hay que evitar

- **Alcohol** durante el tratamiento y hasta 3 días después (metronidazol).
- **Lácteos, antiácidos, hierro y zinc** cerca de la tetraciclina: reducen su absorción.
- **Acostarte** justo después de la tetraciclina y la **exposición al sol**.

● LA ADHERENCIA PESA CASI TANTO COMO EL ESQUEMA

Son hasta cuatro fármacos cuatro veces al día durante dos semanas. Pon alarmas, prepara las tomas del día por la mañana y no lo dejes cuando te sientas mejor. Avisa a tu médico si tomas warfarina: el metronidazol potencia su efecto.

04 · SI EL TRATAMIENTO FALLA

Rescate: no repetir *lo que falló*

SI FALLASTE CON LA TRIPLE CLÁSICA

Si nunca recibiste la cuádruple con bismuto optimizada, ese es tu rescate, por delante de los esquemas con levofloxacino (ACG).

SI FALLASTE CON LA CUÁDRUPLE OPTIMIZADA

La ACG sugiere la triple con rifabutina. Maastricht VI propone fluoroquinolona o dual a dosis alta, y rifabutina si la resistencia a fluoroquinolonas es alta, como en Ecuador.

EL MEJOR RECURSO TRAS DOS FRACASOS

El antibiograma o la PCR de resistencia en biopsia o heces. La terapia guiada por susceptibilidad casi duplica las probabilidades de curar frente a la empírica (OR 1,83 en un metaanálisis de 29 ensayos).

En Ecuador, el orden de rescate más defendible se parece al de la ACG (cuádruple, luego rifabutina o dual a dosis alta), porque la resistencia a levofloxacino en Quito es de 37 %. Es una inferencia a partir de los datos de resistencia, no una recomendación oficial ecuatoriana.

Situaciones especiales

- **Alergia a la penicilina:** la cuádruple con bismuto es la opción, porque no lleva amoxicilina. La rifabutina y el vonoprazán vienen combinados con amoxicilina y quedan fuera. La ACG recomienda estudiar formalmente la alergia, porque muchas no se confirman.
- **Embarazo y niños de 8 años o menos:** la tetraciclina está contraindicada.
- **Niños:** la guía pediátrica ESPGHAN/NASPGHAN pide tratar según antibiograma y, si no lo hay, evitar la claritromicina.

¿Y los probióticos?

Saccharomyces boulardii redujo la diarrea en unos dos tercios (19 ensayos, RR 0,36) y subió un poco la erradicación. Solos curan apenas ~14 %, y la ACG 2024 considera insuficiente la evidencia. **Ayudan a tolerar, no reemplazan.**

¿Vuelve la bacteria?

Menos de lo que se cree: en siete comunidades latinoamericanas, 11,5 % volvió a dar positivo al año, y buena parte era un tratamiento que no funcionó. La reinfección real ronda 6 por cada 100 personas al año.

05 · DIAGNÓSTICO Y CONTROL

La prueba correcta, *en el momento correcto*

PRUEBA	SIRVE PARA	NOTA
Aliento con urea	Diagnóstico y control	La más sensible de las no invasivas (94 % en la revisión Cochrane).
Antígeno en heces	Diagnóstico y control	Debe ser monoclonal y validado.
Biopsia por endoscopia	Diagnóstico y control	Histología, ureasa rápida, cultivo o PCR. Permite antibiograma.
Serología (sangre)	**No** para control	Sigue positiva aunque la bacteria ya no esté. La ACG pide evitarla.

ANTES DE LA PRUEBA

2 semanas sin IBP

Y **4 semanas** sin antibióticos ni bismuto (Maastricht VI dice 4–6). Para los síntomas, los antiácidos y los antagonistas H2 no alteran la prueba.

DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

≥4 semanas

La prueba de control se hace al menos 4 semanas después de terminar, **en todos**. Lo que protege es la erradicación confirmada, no haber tomado las pastillas.

Cuándo pedir endoscopia: Maastricht VI propone pruebas no invasivas antes de los 50 años sin signos de alarma y endoscopia con biopsia desde los 50. La ACG fija el corte en 60, o en 50 con alto riesgo de cáncer gástrico. En un país de alta incidencia como Ecuador, el umbral de 50 parece el más prudente.

¿A quién hay que estudiar?

- Úlcera péptica actual o previa.
- Dispepsia no investigada (“test and treat”).
- Uso crónico de antiinflamatorios o inicio de aspirina diaria.
- Anemia por falta de hierro sin causa aclarada.
- Púrpura trombocitopénica inmune y linfoma MALT.
- Lesiones premalignas gástricas.
- Familiares con cáncer gástrico.
- Adultos que conviven con una persona positiva (ACG): se les hace la prueba y se trata solo a quien sale positivo.

06 · EL CONTEXTO LOCAL

Por qué en Ecuador la triple *ya no va*

Maastricht VI fija un umbral: si la resistencia a claritromicina es de 15 % o más, no se usa de forma empírica. Todos los datos ecuatorianos lo superan.

ESTUDIO	POBLACIÓN	CLARITROMICINA	LEVOFLOXACINO	METRONIDAZOL
Quito · Zurita 2022	238 biopsias positivas, con y sin tratamiento previo (genotípico)	**33,6 %**	**37,4 %**	—
Cuenca · González 2024	19 cepas sin tratamiento previo (disco)	**21,1 %**	0 %	63,2 %
Guayaquil · Lara Icaza 2024	Pacientes que ya fallaron a una triple (no es resistencia primaria)	**82,9 %**	≈50 %	69,7 %

TRIPLE CLÁSICA CON CEPA RESISTENTE

31,9 %

de curación en el ensayo PHALCON-HP. Con 1 de cada 5 cepas resistentes, la tasa global cae a cerca de 70 %.

REGISTRO LEGACY (INCLUYE LATINOAMÉRICA)

91,3 % vs 75,2 %

Cuádruple con bismuto frente a triple estándar en 772 pacientes.

Los tres estudios ecuatorianos son de un solo centro y usan métodos distintos, así que no son comparables entre sí; aun así, coinciden en lo importante. No hay estudios que midan cuánto cura la cuádruple en Ecuador, ni encontramos una guía vigente del MSP sobre *H. pylori*.

FUENTES PRINCIPALES

Chey WD, et al. ACG Clinical Guideline: Treatment of *Helicobacter pylori* Infection. *Am J Gastroenterol* 2024;119:1730-1753. doi:10.14309/ajg.0000000000002968

Malfertheiner P, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht VI/Florence consensus report. *Gut* 2022;71:1724-1762. doi:10.1136/gutjnl-2022-327745

Otero W, Riquelme A, Remes-Troche JM, et al. Grupo Latinoamericano de Cáncer Gástrico, Helicobacter y Microbiota. *Rev Gastroenterol Peru* 2024 · Quinto Consenso Mexicano sobre *H. pylori*. *Rev Gastroenterol Mex* 2025.

Ecuador: Zurita J, et al. *J Appl Microbiol* 2022 · González et al. 2024 (Cuenca) · Lara Icaza et al. *Helicobacter* 2024 · GLOBOCAN/IARC, ficha Ecuador.

Evidencia: Ford AC, et al. *Gut* 2020 · Chey WD, et al. PHALCON-HP, *Gastroenterology* 2022 · Medel-Jara P, et al. LEGACy, *UEG J* 2024 · Li y Xie, *Front Cell Infect Microbiol* 2025 · Morgan DR, et al. *JAMA* 2013.

Dr. Javier Arévalo · @dr.javico · Médico General, Guayaquil. Resumen educativo de las recomendaciones vigentes a noviembre de 2026. No te automediques: los antibióticos para *H. pylori* se usan con receta y con prueba de control.