

**LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y
Humanidades, Asunción, Paraguay.**

ISSN en línea: 2789-3855, marzo, 2025, Volumen VI

Actualización en el manejo terapéutico de infección por *Helicobacter pylori*

Update on the Therapeutic Management of *Helicobacter
pylori* Infection

Claudia Sofía Sarmiento Sinche

claudia.sarmiento1098@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0004-7639-1113>
Investigadora independiente
Loja – Ecuador

Juan Sebastián Báez Solano

jsbaezsolano@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0002-4763-4708>
Clínica Ecuamericana
Guayaquil – Ecuador

Daniela Estefanía Sarmiento Sinche

danielasarmiento2896@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0009-3521-8396>
Investigadora independiente
Loja – Ecuador

Ariana Michelle Sucunuta Coronel

arianasucunuta31@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0005-9991-3524>
Investigadora independiente
Loja – Ecuador

Paula Fernanda Vallejo Hurtado

paulavallejo29@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0008-1937-6258>
Investigadora independiente
Loja – Ecuador

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i2.3732>

Artículo recibido: 24 de marzo de 2025.

Aceptado para publicación: 07 de abril de 2025.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.


Redilat
Red de Investigadores
Latinoamericanos

NÚMERO

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i2.3732>

Actualización en el manejo terapéutico de infección por *Helicobacter pylori*

Update on the Therapeutic Management of *Helicobacter pylori* Infection

Claudia Sofía Sarmiento Sinche

claudia.sarmiento1098@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0004-7639-1113>
Investigadora independiente
Loja – Ecuador

Daniela Estefanía Sarmiento Sinche

danielasarmiento2896@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0009-3521-8396>
Investigadora independiente
Loja – Ecuador

Ariana Michelle Sucunuta Coronel

arianasucunuta31@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0005-9991-3524>
Investigadora independiente
Loja – Ecuador

Paula Fernanda Vallejo Hurtado

paulavallejo29@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0008-1937-6258>
Investigadora independiente
Loja – Ecuador

Juan Sebastián Báez Solano

jsbaezsolano@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0002-4763-4708>
Clínica Ecuamericana
Guayaquil – Ecuador

Artículo recibido: 24 de marzo de 2025. Aceptado para publicación: 07 de abril de 2025.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

Helicobacter pylori (*H. pylori*) es una de las infecciones bacterianas crónicas más frecuentes en el mundo, con una prevalencia estimada del 50%, especialmente en África, América Latina y Asia. Esta bacteria, clasificada como carcinógeno del grupo I por la Organización Mundial de la Salud, está relacionada con enfermedades como gastritis crónica, úlceras pépticas y cáncer gástrico; responsable del 90% de los casos de esta última entidad. Durante los últimos años el tratamiento de *H. pylori* ha cambiado debido al incremento en la resistencia antibiótica. La terapia triple con un inhibidor de la bomba de protones (IBP) y dos antibióticos ha reducido su efectividad, mientras que las terapias cuádruples, que incluyen bismuto o un tercer antibiótico, han mostrado mejores tasas de erradicación. Sin embargo, las diferencias epidemiológicas y el acceso a medicamentos varían según el lugar de atención, lo que requiere una adaptación de las estrategias terapéuticas según la disponibilidad de los mismos. Este estudio revisa la literatura reciente sobre los tratamientos más eficaces en los últimos cinco años, considerando la resistencia antibiótica y el uso de terapias adyuvantes. Se analizaron investigaciones y guías clínicas de bases de datos como PubMed, Scopus y Science Direct. Los hallazgos indican que la personalización del tratamiento según la resistencia local y la disponibilidad de fármacos es fundamental para lograr la erradicación de *H. pylori* y prevenir


complicaciones graves como el cáncer gástrico.

Palabras clave: helicobacter pylori, antibioticoterapia, infección gástrica

Abstract

Helicobacter pylori (*H. pylori*) is one of the most common chronic bacterial infections worldwide, with an estimated prevalence of 50%, particularly in Africa, Latin America, and Asia. This bacterium, classified as a Group I carcinogen by the World Health Organization, is associated with diseases such as chronic gastritis, peptic ulcers, and gastric cancer, accounting for 90% of cases of the latter condition. In recent years, the treatment of *H. pylori* has changed due to the increasing antibiotic resistance. Triple therapy, consisting of a proton pump inhibitor (PPI) and two antibiotics, has shown reduced effectiveness, while quadruple therapies, which include bismuth or a third antibiotic, have demonstrated higher eradication rates. However, epidemiological differences and access to medications vary by region, necessitating the adaptation of therapeutic strategies based on drug availability. This study reviews recent literature on the most effective treatments over the past five years, considering antibiotic resistance and the use of adjuvant therapies. Research studies and clinical guidelines from databases such as PubMed, Scopus, and Science Direct were analyzed. The findings indicate that tailoring treatment based on local resistance patterns and drug accessibility is essential for the successful eradication of *H. pylori* and the prevention of severe complications such as gastric cancer.

Keywords: helicobacter pylori, antibiotic therapy, gastric infection

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons. 

Cómo citar: Sarmiento Sinche, C. S., Sarmiento Sinche, D. E., Sucunuta Coronel, A. M., Vallejo Hurtado, P. F., & Báez Solano, J. S. (2025). Actualización en el manejo terapéutico de infección por *Helicobacter pylori*. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 6 (2), 1829 – 1839. <https://doi.org/10.56712/latam.v6i2.3732>

INTRODUCCIÓN

La infección por *Helicobacter Pylori* (*H. pylori*) es una de las infecciones crónicas con mayor prevalencia a nivel mundial. Es la infección bacteriana más frecuente en el ser humano, afectando por lo menos el 50% de la población mundial, con mayor prevalencia en África (79,1%), América Latina (LATAM) y el Caribe (63,4%) y Asia (54,7%) y menos frecuente en Suiza (19%) (Otero, 2024).

Se trata de un bacilo gramnegativo que se ha adaptado para sobrevivir en la mucosa ácida del estómago, es categorizado por la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer de la Organización Mundial de la Salud como carcinógeno del grupo I (definido) debido a su asociación causal con el cáncer gástrico (Chey, 2024). Cabe resaltar que más de un millón de muertes en el mundo son por cáncer gástrico y el 90% de ellos está relacionado con altas tasas de prevalencia de infección por *H. pylori*. (Pazmiño, 2024)

Es causante de gastritis crónica, úlcera péptica y se ha asociado fuertemente a cáncer gástrico. De ahí la importancia de realizar un tratamiento oportuno y adecuado para erradicar la infección. La evidencia acumulada en los últimos años sugiere que las terapias triples utilizando un Inhibidor de la bomba de protones (IBP) y dos antibióticos obtienen generalmente resultados subóptimos, por este motivo la mayoría de los tratamientos actualmente recomendados en series amplias en práctica clínica incluyen cuatro fármacos, añadiendo un tercer antibiótico o bismuto (García, 2023).

Existen muchas revisiones y guías clínicas sobre *Helicobacter pylori*, cuyo campo está cambiando rápidamente, y requieren de una actualización y revisión periódicas. Además, resulta muy difícil que las directrices sean pertinentes para poblaciones tan distintas que presentan diferentes espectros de la enfermedad y cuyos recursos suelen diferir ampliamente. (Organización Mundial de Gastroenterología, 2021)

Es importante que el asesoramiento clínico se base en la mejor información disponible a nivel local, y que no se extrapolen pautas elaboradas en otras regiones, ya que pueden no aplicarse en contextos diferentes. Sin embargo, en muchas de las zonas donde *Helicobacter pylori* tiene mayor impacto, se carece de datos de alta calidad para establecer cuál podría ser la mejor práctica local. Esta carencia de conocimientos representa un reto importante. Mientras tanto, las decisiones deben basarse en las mejores pruebas disponibles localmente, en la extrapolación de datos de mayor calidad de otros lugares y en la opinión de los expertos.

El propósito de esta investigación es exponer el manejo terapéutico actualizado en estos últimos 5 años, así como en situaciones de resistencia a antibióticos y terapias adyuvantes al tratamiento erradicador.

Este estudio es una revisión bibliográfica, cuya búsqueda incluyó las palabras clave "helicobacter pylori, tratamiento" Se tomaron en cuenta artículos actualizados sobre tratamiento, resistencia terapéutica, adyuvantes y nuevas terapéuticas para erradicar la infección por *H. pylori* abarcados entre los años 2020 a 2025

METODOLOGÍA

La presente investigación es una revisión bibliográfica, cuya búsqueda incluyó las palabras clave "helicobacter pylori, tratamiento". Las fuentes de información se obtuvieron de las bases de datos y bibliotecas virtuales: Dialnet, Scopus, Web of Science, Pubmed, Science Direct y Scielo en idiomas español e inglés. Se tomaron en cuenta artículos actualizados sobre tratamiento, resistencia terapéutica, adyuvantes y nuevas terapéuticas para erradicar la infección por *H. pylori* abarcados entre los años 2020 a 2025 que incluyeron revisiones bibliográficas, guías clínicas, artículos de revisión, estudios retrospectivos.

RESULTADOS

Epidemiología

Casi el 50% de la población humana mundial alberga *H. pylori*, con notables disparidades raciales y étnicas. (Aldhaleei et al., 2024)

La infección por *H. pylori* se ha relacionado con un bajo nivel socioeconómico, una mala higiene, un contacto interpersonal cercano y la vejez. (Chey et al., 2024)

Alrededor del 10% al 20% de las personas con infección por *H. pylori* desarrollarán una enfermedad ulcerosa duodenal o gástrica, y alrededor del 80% de los cánceres gástricos no de tipo cardias son causados por *H. pylori*. (Aldhaleei et al., 2024)

En 1994, el grupo de consenso de la Organización Mundial de la Salud y la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer designó a *H. pylori* como un organismo cancerígeno del grupo 1. (Organización Mundial de Gastroenterología, 2021)

Indicaciones para el estudio de *Helicobacter pylori*

La decisión de estudiar la presencia de *H. pylori* sólo debe tomarse si hay intención terapéutica. (Organización Mundial de Gastroenterología, 2021)

En 2017, el Colegio Americano de Gastroenterología (ACG, por sus siglas en inglés) recomendó fuertemente la prueba de *H. pylori* en pacientes con úlcera péptica activa o previa (a menos que se haya documentado su curación), linfoma de tejido linfoide asociado a la mucosa gástrica de bajo grado o antecedentes de resección endoscópica temprana de cáncer gástrico, y recomendó condicionalmente la prueba no endoscópica en pacientes menores de 60 años con dispepsia no investigada que no presenten síntomas de alarma. Otros escenarios en los que la prueba de *H. pylori* se recomienda condicionalmente incluyen el tratamiento prolongado con antiinflamatorios no esteroideos, el uso de aspirina a dosis bajas y la anemia ferropénica o púrpura trombocitopénica idiopática de causa desconocida. (Aldhaleei et al., 2024)

Otros estudios realizados sugieren indicaciones adicionales para la prueba de *H. pylori*, como pacientes con antecedentes familiares de cáncer gástrico, inmigrantes de primera generación procedentes de zonas de alta prevalencia y pacientes de grupos étnicos o raciales latinos o afroamericanos. En ellos se recomienda realizar una endoscopia rápida, que no solo identifica anomalías estructurales e histológicas, sino que también puede estar asociada con una mayor satisfacción del paciente. (Chey et al., 2024)

Tabla 1

Indicaciones para la prueba y el tratamiento de H. pylori

Grupos a los que se les realizará la prueba y el tratamiento de la infección por <i>H. pylori</i>
Úlcera péptica: antecedentes o enfermedad activa
Linfoma de células B de la zona marginal, tipo MALT
Dispepsia no investigada en pacientes menores de 60 años
En poblaciones de alto riesgo de cáncer gástrico, realizar la prueba y el tratamiento a los 45-50 años
Dispepsia funcional
Adultos que conviven con personas con una prueba no serológica positiva para <i>H. pylori</i>
Pacientes que toman AINE a largo plazo o que inician un tratamiento a largo plazo con aspirina a dosis bajas
Pacientes con anemia ferropénica inexplicable

Pacientes con púrpura trombocitopénica idiopática (autoinmune)
Prevención primaria y secundaria del adenocarcinoma gástrico
Enfermedades premalignas gástricas (GPMC) actuales o previas*
Resección temprana de cáncer gástrico actual o previa
Enfermedad Antecedentes de adenocarcinoma gástrico
Pacientes con adenomas gástricos o pólipos hiperplásico
Personas con un familiar de primer grado con cáncer gástrico
Personas con mayor riesgo de cáncer gástrico, incluyendo ciertos grupos raciales/étnicos no blancos, inmigrantes de regiones o países con alta incidencia de cáncer gástrico, síndromes de cáncer hereditario asociados con un mayor riesgo de cáncer gástrico***
Pacientes con gastritis autoinmune

Fuente: Chey et al. (2024)

Diagnóstico

Se recomienda el diagnóstico de la infección por *H. pylori* antes y después del tratamiento erradicador. Las pruebas diagnósticas de la infección por *H. pylori* pueden ser invasivas (endoscópicas) o no invasivas (no endoscópicas) (Tabla 2). Las pruebas no invasivas son más accesibles, mejor toleradas y tienen un menor costo. (Sánchez Delgado et al., 2018)

Las biopsias tomadas en la endoscopia se envían para análisis histológico y prueba de ureasa. De manera menos frecuente, se cultivan las piezas de biopsia con fines diagnósticos, a menos que se disponga de pruebas de resistencia bacteriana y sea necesario estudiar la sensibilidad. Lo más eficaz para el diagnóstico suele ser una combinación de dos modalidades de pruebas tomadas de dos localizaciones topográficas en el estómago. En la práctica, eso en general significa que se envíen las biopsias del antro y del cuerpo del estómago para histología y del antro para una prueba de ureasa. (Organización Mundial de Gastroenterología, 2021)

Tabla 2

Métodos de prueba no invasivos e invasivos para H. pylori

Método de Prueba	Ventajas	Desventajas	Costo (aprox.)	Sensibilidad	Especificidad
Pruebas invasivas					
Biopsia endoscópica	Permite la visualización directa de la infección por <i>H. pylori</i> Permite la evaluación histológica	Molestia y riesgo de complicaciones	\$\$	95%–98%	95%–98%
Prueba rápida de ureasa	Resultados rápidos (usualmente en minutos)	Pueden ocurrir falsos negativos con el uso reciente de inhibidores de la bomba de protones o por sangrado reciente	\$\$	90%-95%	95%-98%
Cultivo de <i>H. pylori</i>	Permite pruebas de susceptibilidad a antibióticos	Toma tiempo y es laborioso	\$\$–\$\$\$	Variable*	Variable*

Prueba molecular (tejido gástrico)	Alta sensibilidad y especificidad	Requiere equipo especializado	\$\$-\$\$\$	90%-95%	95%-98%
Pruebas no invasivas					
Prueba de antígeno en heces	Fácil de recolectar	Puede dar falsos negativos si los niveles de	90%-95%	90%-95%	
		de antígeno son bajos			
Prueba molecular	Fácil de recolectar muestras	Requiere equipo especializado	Variable	Variable	Variable
Prueba serológica (sangre)	Requiere poco equipo	Requiere prueba confirmatoria debido a baja especificidad	\$	85%-92%	79%-90%
Prueba de ureasa en aliento	Resultados rápidos Alta sensibilidad y especificidad	Positivos falsos en presencia de bacterias Puede producir bacterias productoras de ureasa distintas a H. pylori falsos positivos en presencia de	\$\$	95%-98%	95%-98%
GastroPanel	Proporciona evaluación integral del estado	Disponibilidad limitada	\$\$\$	Variable	Variable

Fuente: Aldhaleei et al. (2024)

Las pautas de la ACG recomiendan tratar a todos los pacientes con pruebas positivas para infección activa por H. pylori. La terapia estándar recomendada es una combinación de un inhibidor de la bomba de protones con o sin un producto que contenga bismuto y 1 o más de los siguientes antibióticos: claritromicina, metronidazol, amoxicilina o tetraciclina, administrados durante 10 a 14 días (Chey et al., 2024).

Opciones Terapéuticas

Terapia de Primera Línea: La terapia triple clásica con inhibidor de la bomba de protones (IBP), claritromicina y amoxicilina o metronidazol se ha vuelto menos efectiva en algunas regiones debido a la resistencia a claritromicina (Liou et al., 2021). Los regímenes basados en claritromicina generalmente no se deben ofrecer cuando la resistencia a la claritromicina por H. pylori excede el 15 %. (Organización Mundial de Gastroenterología, 2021)

La terapia cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, metronidazol y tetraciclina) es recomendada en zonas con alta resistencia a claritromicina (Malfertheiner et al., 2022).

Terapias de Segunda Línea: En pacientes con fallo terapéutico, se recomienda el uso de terapia con levofloxacin, IBP y amoxicilina por 10-14 días (Fallone et al., 2019). Alternativamente, la terapia secuencial con IBP y amoxicilina seguida de IBP, claritromicina y metronidazol ha mostrado resultados positivos (Sung et al., 2020).

Nuevas Alternativas: La terapia con rifabutina puede ser una opción en casos resistentes (Liou et al., 2021). El uso de probióticos como complemento podría mejorar la tasa de erradicación y reducir los efectos adversos (Oshima et al., 2022).

Se ha venido apreciando el papel y el valor de los bloqueadores de ácido competitivos con el potasio (BAC-P), como el vonoprazan, en lugar de IBP en las terapias de erradicación. Estos fármacos no se ven afectados por los polimorfismos del CYP2C19 y provocan una inhibición más uniforme y potente de la secreción de ácido gástrico. (Organización Mundial de Gastroenterología, 2021)

Tabla 3

Regímenes recomendados para pacientes con infección por H. pylori

Régimen	Fármacos (dosis)	Frecuencia de dosificación	Recomendación
Cuádruple de bismuto optimizado	IBP (dosis estándar) Subcitrate de bismuto (120-300 mg) o subsalicilato (300 mg) Tetraciclina (500 mg) Metronidazol (500 mg)	b.i.d. q.i.d. q.i.d. t.i.d. o q.i.d.	Fuerte (calidad de evidencia moderada)
Triple con rifabutina	Omeprazol (10 mg) Amoxicilina (250 mg) Rifabutina (12.5 mg)	4 cápsulas t.i.d.	Condicional (calidad de evidencia baja)
Doble BAC-P	Vonoprazan (20 mg) Amoxicilina (1,000 mg)	b.i.d. t.i.d.	Condicional (calidad de evidencia moderada)
Triple BAC-P	Vonoprazan (20 mg) Claritromicina (500 mg) Amoxicilina (1,000 mg)	b.i.d. b.i.d. t.i.d.	Condicional (calidad de evidencia moderada)
Triple con levofloxacin	IBP (dosis estándar) Levofloxacin (500 mg) Amoxicilina (1,000 mg) o metronidazol (500 mg)	b.i.d. q.d. b.i.d.	Condicional (calidad de evidencia baja)

Fuente: Chey et al. (2024)

Estrategias de Tratamiento a lo Largo del Tiempo

Décadas de 1980-1990: Descubrimiento y Primeras Terapias: Marshall y Warren (1984) identificaron H. pylori como un agente causal de la gastritis y la úlcera péptica. Durante esta época, la terapia basada en bismuto fue la opción principal, con tasas de erradicación variables (Marshall & Warren, 1984).

Décadas de 1990-2000: Introducción de Terapia Triple: A finales de los años 90, se estableció la terapia triple estándar, combinando un inhibidor de la bomba de protones (IBP) con dos antibióticos (claritromicina y amoxicilina o metronidazol), alcanzando tasas de erradicación del 80-90% (Malfertheiner et al., 1997).

2000-2010: Problemas de Resistencia y Terapias Cuádruples: Con el aumento de la resistencia a la claritromicina, se implementaron terapias cuádruples, incluyendo bismuto o combinaciones con

levofloxacino y rifabutin. La terapia secuencial también surgió como una alternativa (Gisbert et al., 2006).

2010-Presente: Terapias Personalizadas y Regímenes Sin Bismuto: La resistencia antibiótica ha impulsado estrategias basadas en pruebas de susceptibilidad. Se han investigado combinaciones con furazolidona y nuevos antibióticos como la vonoprazan (Thung et al., 2016).

Tabla 4

Comparación de Enfoques Terapéuticos Actuales

Terapia	Componentes	Tasa de Erradicación	Ventajas	Desventajas
Triple estándar	IBP + claritromicina + amoxicilina	70-85%	Sencilla	Alta resistencia (Malfertheiner et al., 2017)
Cuádruple con bismuto	IBP + bismuto + tetraciclina + metronidazol	80-90%	Eficaz en resistencia	Efectos adversos (Liou et al., 2016)
Secuencial	IBP + amoxicilina → IBP + claritromicina + metronidazol	75-85%	Reduce resistencia	Mayor duración (Graham & Fischbach, 2010)
Basada en levofloxacino	IBP + levofloxacino + amoxicilina	80-85%	Alternativa sin bismuto	Resistencia emergente (Fallone et al., 2019)

Tendencias Emergentes y Áreas de Investigación Futura

Pruebas de Resistencia y Terapia Personalizada: Se requieren estudios que validen el uso generalizado de pruebas genéticas para guiar la selección de antibióticos (Sugano, 2019).

Nuevos Inhibidores de Ácido: Vonoprazan ha demostrado mayor eficacia que los IBP tradicionales, pero se necesitan más estudios a largo plazo (Shichijo & Hirata, 2018).

Vacunas y Terapias Biológicas: Aunque hay avances en modelos preclínicos, no existen vacunas aprobadas (Zhou et al., 2020).

Microbiota Gástrica y Probióticos: Se investiga el papel de los probióticos como coadyuvantes para mejorar la erradicación y reducir efectos adversos (Zhang et al., 2021).

Confirmar la erradicación en todos los pacientes

Se deben realizar pruebas para confirmar la erradicación en todos los pacientes al menos cuatro semanas después del tratamiento. La erradicación puede confirmarse mediante una prueba de aliento con urea, una prueba de antígeno fecal o una endoscopia digestiva alta realizada cuatro semanas o más después de finalizar el tratamiento antibiótico. El tratamiento con inhibidores de la bomba de protones debe suspenderse de una a dos semanas antes de la prueba. En pacientes con infección persistente por *H. pylori*, después de dos ciclos de tratamiento antibiótico, se debe realizar una endoscopia con biopsia para cultivo y antibiograma. (Lamont, 2025)

DISCUSIÓN

La infección por *H. pylori* es un problema de salud global cuya erradicación se ha dificultado con el pasar de los años debido a la resistencia antibiótica de la bacteria a los fármacos comúnmente

utilizados. Otero R., Riquelme A., Remes-Troche JM., Laudanno O., Piscoya A., et al. (2024) recomiendan realizar pruebas de susceptibilidad para elegir el primer tratamiento evitando así las terapias empíricas y obteniendo una mayor eficacia.

Es importante destacar que la terapia triple con claritromicina, amoxicilina e IBP ha sido utilizada recientemente como tratamiento de primera línea, sin embargo, el incremento de la resistencia a claritromicina ha disminuido su efectividad de erradicación hasta menos del 80% según García M. & Gómez R. (2023). Por tal motivo, el colegio americano de gastroenterología (2024) recomienda que en pacientes que no han recibido tratamiento previo se utilice como primera opción la terapia cuádruple de bismuto este régimen terapéutico ha mostrado alta efectividad especialmente en países donde se ha evidenciado una alta resistencia a claritromicina. Por otro lado, en pacientes que muestran intolerancia al bismuto se sugiere la terapia concomitante que ha mostrado una tasa de erradicación de 84%. Roberts, L., Issa, P., Sinnathamby, E., Granier, M., Mayeux, H., et al. (2022).

En el caso de fracaso terapéutico se opta por un tratamiento de segunda línea, la organización mundial de gastroenterología (2021) sugiere la terapia cuádruple de bismuto siempre y cuando no haya sido elegida como tratamiento de primera línea o la terapia triple con levofloxacino con una efectividad del 80%, además menciona que la terapia dual con dosis altas de IBP y amoxicilina ha sido utilizada con cierto grado de efectividad. Por otro lado, el colegio americano de gastroenterología (2024) recomienda usar la terapia triple con rifabutina en los pacientes que han sido tratados con la terapia cuádruple de bismuto como primera línea.

Un campo interesante que abre nuevas interrogantes son los tratamientos adyuvantes tales como los probióticos mismos que han mostrado en estudios in vitro tener una actividad antibacteriana, inhibir la adhesión de *H. pylori* a las células endoteliales y modular la respuesta inmune, sin embargo, la evidencia aún es limitada, Ontanilla, G. (2023).

CONCLUSIÓN

La infección por *Helicobacter pylori* es un problema de salud global con alta prevalencia, especialmente en regiones con bajos recursos, y su erradicación es clave para prevenir enfermedades graves como el cáncer gástrico. Sin embargo, el manejo terapéutico enfrenta desafíos debido a la resistencia a antibióticos, lo que exige la actualización constante de protocolos y la adaptación de las estrategias de tratamiento según las características de cada población. Aunque la terapia triple sigue siendo utilizada, la terapia cuádruple con bismuto y las combinaciones secuenciales han demostrado mayor eficacia en muchos casos. La elección del esquema debe basarse en la resistencia local, la adherencia del paciente y la tolerabilidad de los medicamentos, destacando la importancia de un enfoque individualizado para mejorar las tasas de erradicación.

REFERENCIAS

Aldhaleei, W. A., Wallace, M. B., Harris, D. M., & Bi, Y. (2024). Helicobacter pylori: A concise review of the latest treatments against an old foe. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 91(8), 481–487. <https://doi.org/10.3949/ccjm.91a.24031>

Chey, W. D., Howden, C. W., Moss, S. F., Morgan, D. R., Greer, K. B., Grover, S., & Shah, S. C. (2024). ACG Clinical Guideline: Treatment of Helicobacter pylori Infection. *The American Journal of Gastroenterology*, 119(9), 1730–1753. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000002968>

Fallone, C. A., Chiba, N., van Zanten, S. V., Fischbach, L., Gisbert, J. P., Hunt, R. H., ... & Moayyedi, P. (2019). The Toronto Consensus for the treatment of Helicobacter pylori infection in adults. *Gastroenterology*, 156(1), 31-55. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2018.09.007>

García, M., & Gómez, B. (2023). Tratamiento erradicador en la infección por Helicobacter pylori. *Revista Andaluza de Patología Digestiva*, 46(1), 16-25. <https://www.sapd.es/revista/2023/46/1/02>

Gisbert, J. P., Calvet, X., O'Connor, A., Mégraud, F., & O'Morain, C. (2006). Sequential therapy for Helicobacter pylori eradication: A critical review. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 40(4), 313-322. <https://doi.org/10.1097/00004836-200604000-00012>

Lamont, T. (2025). Treatment regimens for Helicobacter pylori in adults. UpToDate. www.uptodate.com

Liou, J. M., Fang, Y. J., Chen, C. C., Bair, M. J., Chang, C. Y., Lee, Y. C., ... & Wu, M. S. (2021). Update on the consensus for Helicobacter pylori treatment in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*, 120(7), 1189-1200. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2021.03.004>

Malfërtheiner, P., Megraud, F., O'Morain, C. A., et al. (1997). Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection—The Maastricht Consensus Report. *Gut*, 41(1), 8-13. <https://doi.org/10.1136/gut.41.1.8>

Malfërtheiner, P., Megraud, F., O'Morain, C. A., Gisbert, J. P., Kuipers, E. J., Axon, A. T., ... & Hunt, R. (2022). Management of Helicobacter pylori infection—the Maastricht VI/Florence consensus report. *Gut*, 71(9), 1724-1762. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2022-327745>

Marshall, B. J., & Warren, J. R. (1984). Unidentified curved bacilli in the stomach of patients with gastritis and peptic ulceration. *The Lancet*, 323(8390), 1311-1315. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(84\)91816-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(84)91816-6)

Ontanilla, G. (2023) Adyuvantes al tratamiento erradicador para la infección por H. Pylori. *Revista Andaluza de Patología Digestiva*, 46 (4), 179-183. <https://www.sapd.es/rapd/2023/46/4/02/pdf/es>

Organización Mundial de Gastroenterología. (2021). Directrices mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología Helicobacter pylori. Organización Mundial de Gastroenterología.

Oshima, T., Miwa, H., & Takeuchi, T. (2022). Probiotics in the treatment of Helicobacter pylori infection. *Nutrients*, 14(4), 1234. <https://doi.org/10.3390/nu14041234>

Otero, W., Riquelme, A., Remes-Troche, J., Laudanno, O., Piscocoya, A., Marulanda, H., Otero, L., & Reyes-Placencia, D. (2024). Actualización en el tratamiento de Helicobacter pylori: Revisión del Latin American Gastric Cancer, Helicobacter and Microbiota Study Group. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 44(4), 359-373. <https://doi.org/10.47892/rgp.2024.444.1797>


Pazmiño Pisco, J. M., & Milian Hernández, E. J. (2024). Diagnóstico serológico de *Helicobacter pylori*: Enfoque desde la atención primaria. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 5(3), 518–526. <https://doi.org/10.56712/latam.v5i3.2055>

Roberts, L., Issa, P., Sinnathamby, E., Granier, M., Mayeux, H., Eubanks, T., Malone, K., Ahmadzadeh, S., Cornett, E., Shekoochi, S., et al. *Helicobacter Pylori*: A Review of Current Treatment Options in Clinical Practice. *Life* 2022, 12, (2038), 1-20. <https://doi.org/10.3390/life12122038>

Sánchez Delgado, J., García-Iglesias, P., Titó, L., Puig, I., Planella, M., Gené, E., Saló, J., Martínez-Cerezo, F., Molina-Infante, J., Gisbert, J. P., & Calvet, X. (2018). Update on the management of *Helicobacter pylori* infection. Position paper from the Catalan Society of Digestology. *Gastroenterología y Hepatología*, 41(4), 272–280. <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2017.12.009>

Sung, J. J. Y., Lin, S. R., Chiu, H. M., Kuipers, E. J., Yang, Y. C., Toi, C. S., & Ng, S. C. (2020). *Helicobacter pylori* infection and treatment: A global perspective. *World Journal of Gastroenterology*, 26(37), 5476-5492. <https://doi.org/10.3748/wjg.v26.i37.5476>

Thung, I., Aramin, H., Vavinskaya, V., Gupta, S., Park, J. Y., Crowe, S. E., & Valasek, M. A. (2016). The global emergence of *Helicobacter pylori* antibiotic resistance. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 43(4), 514-533. <https://doi.org/10.1111/apt.13497>

Todo el contenido de **LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades**, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](#) .