

# BOLETIN

---

# FARMACOTERAPEUTICO

---

# VALENCIANO

---

**SUMARIO:**

CARTA DE PRESENTACIÓN .....	1
SUBGRUPOS TERAPÉUTICOS CONSIDERADOS DE UTILIDAD TERAPÉUTICA BAJA (UTB) .....	2
ERRADICACIÓN DE <i>Helicobacter pylori</i> : ¿CÚANDO Y CON QUÉ FÁRMACOS? .....	4

## PRESENTACIÓN

---

*Es un verdadero placer poder dirigirme al colectivo sanitario desde la primera portada con la que se inicia esta joven publicación, joven y no nueva porque lleva consigo la experiencia vivida con el anterior Boletín Terapéutico, tratando de incorporar una visión más dinámica de la información, pero sin perder el carácter científico y técnico que siempre ha prevalecido en sus artículos.*

*En esta primera carátula del Boletín Farmacoterapéutico Valenciano me gustaría transmitir el proyecto que sustenta esta publicación, que con carácter periódico desde la Conselleria de Sanidad se va a editar.*

*Es un boletín de la Conselleria en el que se recoge el trabajo de las Comisiones de Uso Racional del Medicamento de las Áreas de Salud, incluirá artículos elaborados en las Sesiones de Farmacoterapia por todos vosotros, los profesionales sanitarios que trabajáis en nuestros centros de salud, en hospitales, en oficinas de farmacias, en el día a día con cada paciente. Es necesario que en la selección de los temas se incida en su impacto desde el punto de vista clínico y terapéutico, que se garantice el rigor científico y que su procedimiento de generación y difusión sea dinámico y ágil. El Comité de Redacción y el CAVIME realizarán la evaluación rigurosa de cada artículo, valorando las alternativas terapéuticas más coste-efectivas, para que el facultativo esté informado en su totalidad, facilitándole la selección adecuada en cada terapia para cada paciente.*

*Desde la Conselleria de Sanidad se pone a vuestra disposición, como una herramienta de información que va a formar parte habitual del trabajo del profesional sanitario esta publicación, esperando que sea bien acogida y deseando que su utilidad la haga imprescindible. Os invitamos a participar a todos en esta publicación.*

*En último lugar, quiero agradecer su colaboración en el Boletín Terapéutico Valenciano, a todos aquellos profesionales que han participado aportando, desde una óptica de autor o con sus revisiones desde el comité de redacción y que han posibilitado que durante años hayamos recibido el Boletín Terapéutico Valenciano.*

Serafín Castellano Gómez  
Conseller de Sanitat

## SUBGRUPOS TERAPÉUTICOS CONSIDERADOS DE UTILIDAD TERAPÉUTICA BAJA (UTB)

Las especialidades farmacéuticas calificadas como UTB (Utilidad Terapéutica Baja) contienen principios activos sin una eficacia terapéutica suficientemente demostrada por lo que su empleo se considera como un indicador de baja calidad de la prescripción.

Palabras Clave: Utilidad terapéutica, eficacia, asociaciones no recomendadas.

Es conocido el hecho de que en nuestro país al igual que ocurre en otros de nuestro entorno, existen medicamentos para los que, en la actualidad, se cuestiona su eficacia clínica. Como consecuencia de ello ha habido distintas propuestas de clasificación de los medicamentos disponibles en base a la disponibilidad de datos de eficacia. Entre ellas se encuentra la que considera como de Utilidad Terapéutica Alta (UTA) aquellos principios activos con eficacia demostrada y como de Utilidad Terapéutica Baja (UTB) aquellos principios activos sin eficacia terapéutica demostrada (UTB1) o aquéllos que se presentan en asociaciones no recomendadas (UTB2).

Actualmente, en el proceso de autorización de nuevos medicamentos se valora el cumplimiento de criterios de eficacia y seguridad. Sin embargo, los problemas se plantean en lo que respecta a medicamentos que llevan comercializados en nuestro país muchos años y se vienen utilizando en situaciones para las que actualmente no se dispone de una alternativa farmacológica eficaz (vasodilatadores cerebrales, protectores capilares, etc.), o bien a medicamentos cuya eficacia está cuestionada actualmente en la bibliografía como son los AINEs administrados por vía tópica o los mucolíticos.

Tras la promulgación de la Ley del Medicamento, se han publicado dos decretos (RD 83/1993 y RD 1663/1998) que han excluido de la financiación pública un gran número de especialidades farmacéuticas. Sin embargo, todavía queda incluida en ella una amplia relación de especialidades que se considera de eficacia no probada y cuya prescripción representa un coste aproximado de diez mil millones de PTA al año en la Comunidad Valenciana.

Aunque la prescripción de especialidades de utilidad terapéutica alta no implica que estos medicamentos estén indicados en la situación en que se utilizan, es evidente que una elevada prescripción de medicamentos de utilidad terapéutica baja no es recomendable.

Los grupos terapéuticos clasificados como UTB1 o UTB2 que siguen estando financiados por el Sistema Nacional de Salud son los siguientes:

**UTB1** C04A Vasodilatadores periféricos  
 " C05C Protectores capilares  
 " M02A Antiinflamatorios y antirreumáticos tópicos  
 " N06D Otros psicoanalépticos excluidos preparados antiobesidad  
 " R05C2 Expectorantes, incluidos mucolíticos, sin antiinfecciosos (sólo monofármacos para su utilización en EPOC y enfermedades asociadas)

**UTB2** C02F1 Alcaloides de la rauwolfia asociados con diuréticos

Respecto al **Nimodipino** incluido en el grupo C04A, es necesario recordar que a finales de 1.997 el Ministerio de Sanidad y Consumo modificó las fichas técnicas de todas las especialidades que lo contienen como principio activo con el objeto de suprimir en todas ellas la indicación que hacía referencia al deterioro mental relacionado con la edad. Así, la única indicación autorizada para las especialidades farmacéuticas que contienen este principio activo es "la prevención del deterioro neurológico ocasionado por vasoespasmo cerebral secundario a hemorragia subaracnoidea por rotura de aneurisma o de origen traumático".

Las especialidades farmacéuticas que contienen Nimodipino son las siguientes:

**Admon<sup>®</sup>** 30mg 100 Comprimidos  
 30 Comprimidos  
**Brainal<sup>®</sup>** 30mg 100 Comprimidos  
 30 Comprimidos  
**Calnit<sup>®</sup>** 30mg 100 Comprimidos  
 30 Comprimidos  
**Kenesil<sup>®</sup>** 30mg 100 Comprimidos Recubiertos  
 30 Comprimidos Recubiertos  
**Modus<sup>®</sup>** 30mg 100 Comprimidos  
 30 Comprimidos  
**Nimodipino Bayvit<sup>®</sup>** 30mg 100 Compr Recub Efg  
 30 Compr Recub Efg  
**Nimotop<sup>®</sup>** 30mg 100 Comprimidos  
 30 Comprimidos  
**Remontal<sup>®</sup>** 30mg 100 Comprimidos  
 30 Comprimidos

A continuación se recoge una relación de las especialidades farmacéuticas que pertenecen a los subgrupos terapéuticos considerados como UTB1 o UTB2.

### Relación de Especialidades clasificadas como UTB1

#### Grupo C04A: Vasodilatadores periféricos

Nombre Registrado - Presentación	
Anacervix	30 Cápsulas 60 Cápsulas
Arteriovinca	15mg 6 Ampollas 1ml 20mg 30 Comprimidos
Cervoxan	20mg 30 Cápsulas
Cetovinca	20mg 30 Comprimidos 45ml Solución Gotas
Clinadil	45 Cápsulas 50ml Solución Gotas
Clinadil Compositum	30 Comprimidos 90ml Solución
Devincal	30 Cápsulas 50ml Suspensión Gotas
Diatolil	15mg 30 Cápsulas
Diclamina "60"	30 Comprimidos 45 Comprimidos 90ml Solución Gotas
Diemil	1g/5ml 180ml Solución
Diertine Forte	0.2% 50ml Solución Gotas
Dipervina	30 Comprimidos 30ml Solución Gotas 6 Ampollas 1ml
Duxor	30 Comprimidos 50ml Suspensión Gotas
Eburnoxin	20mg 30 Cápsulas
Ederal	45 Comprimidos
Ergodavur	0.1% 100ml Solución Gotas 50ml Solución Gotas
Ergodilat	0.1% 50ml Solución Gotas
Fisifax	5mg 45 Comprimidos
Huberdilat	100mg 30 Cápsulas
Hydergina	4.5mg 30 Comprimidos 40ml Solución Gotas
Idaptan	20mg 60ml Solución
Iskedyl	45ml Solución Gotas 60 Comprimidos
Isquebral	50ml Solución
Lofa	30 Comprimidos

**Grupo C04A: Vasodilatadores periféricos (Cont.)**

Nombre Registrado - Presentación	
Lofton	15% 50ml Gotas 150mg 50 Comprimidos Filmtab 50mg 10 Ampollas 5ml 50mg 5 Ampollas 5ml
Piracetam Complex	20 Cápsulas 60 Cápsulas
Praxilene	100mg 50 Cápsulas
Salvalion	30 Comprimidos Recubiertos 50ml Suspensión Gotas
Sermion	45ml Solución Gotas 5mg 45 Grageas
Surem	80 80mg 60 Comprimidos
Tanakene	50ml Solución Gotas
Tefavinca	20mg 30 Comprimidos
Vadicate	20mg 30 Cápsulas
Varson	45ml Solución Gotas 5mg 45 Cápsulas
Vasculat	50ml Solución Gotas
Vincacen	20mg 30 Cápsulas
Vincaminol	20mg 30 Cápsulas

**Grupo C05C: Protectores capilares**

Nombre Registrado - Presentación	
Activadone	200mg 60 Cápsulas
Capilarema	75mg 30 Cápsulas
Citroflavona	25 Cápsulas
Daflon	150mg 60 Grageas 500mg 30 Comp. Recubiertos
Difrrarel	100mg 30 Comp. Recubiertos 60 Comprimidos Recubiertos 40 Comprimidos Recubiertos
Diosminil	300mg 60 Cápsulas
Doxium	250mg 30 Comprimidos 60 Comprimidos
Doxium Fuerte	500mg 30 Cápsulas 60 Cápsulas
Esberiven	200ml Solución
Fabroven	60 Cápsulas,
Feparil	20mg 20 Grageas 50 Grageas
Flebeside	100 Cápsulas 24 Cápsulas
Flebostasin Retard	300mg 60 Cápsulas
Flebo-Stop	60 Cápsulas
Insuven	300mg 60 Cápsulas
Intercyton	100mg 30 Cápsulas 60 Cápsulas
Largitor	80mg 30 Cápsulas 60 Cápsulas
Metorene	5mg 30 Comprimidos 60 Comprimidos
Pentovena	200mg 60 Cápsulas
Rutice Fuerte	30 Comprimidos
Venolep	200mg 60 Cápsulas
Venoruton	300mg 30 Cápsulas 60 Cápsulas
Venosan	40 Grageas
Venosmil	200mg 60 Cápsulas

**Grupo M02A: Antiinflamatorios y antirreumáticos tópicos**

Nombre Registrado - Presentación	
Airtal Difucrem	1,5% 60g Crema
Alcohol Alcanforado Viviar	125ml 250ml
Aldospray Analgésico	10% 90g Aerosol
Algesal Activado	60g Pomada Espuma 100g Aerosol Espuma 60g Aerosol,
Arcental	1% 60g Crema
Artrodesmol	Extra 30g Crema,
Artrosal	20g Linimento,
Calmatel	1.8% 60g Crema " " Gel 2% 100ml Aerosol
Cratimon	5% 80g Gel 6% 80g Aerosol
Dalgen	6% 60g Gel Tópico 75ml Aerosol
Danilon	60g Crema
Doctofril Antiinflamatorio	60g Crema
Dolmitin	60g Pomada
Dolotren	1% 60g Gel
Extraplus	2.5% 60g Gel
Falcol Difucrem	1.5% 60g Crema
Fastum	Gel 60g
Feldene	0.5% 60g Gel
Finalgon	20g Pomada 50g Crema
Flexidol	6% 40ml Aerosol
Flogoprofen	5% 100ml Solución Nebuliz. 60g Gel
Frisabel Linimento	100ml Solución
Fulgium	6% 100ml Spray 60g Crema
Gerbin Difucrem	1.5% 60g Crema
Improntal	0.5% 60g Crema
Inacid	1% 60g Gel
Indocaf	5% 30g Pomada
Ketoprofeno Nattermann	2.5% 60g Gel
Linimento Klari	90ml
Mijal	5% 60g Crema
Movilat	30g Gel " Pomada 60g Gel " Pomada
Movilisín	100ml Solución Spray 60g Gel " Pomada
Naprosyn	10% 60g Gel
Neobrufen	10% 30g Crema
Nialen	5% 60g Pomada
Niflactol	3% 60g Pomada
Nixyn Hermes	60ml Crema Fluida
Orudis	2.5% 60g Gel
Proxen	5% 60g Crema
Reusin	1% 100ml Solución Spray
Riscalon	5% 60g Crema
Salvacam	0.5% 60g Gel
Sasulen	0.5% 60g Gel
Tantum	3% 30g Pomada 60g Pomada
Tantum Forte	30g Pomada
Triparsean	1.8% 60g Gel 2% 100ml Aerosol 2% 60g Crema
Vitaxcam Tópico	0.5% 60g Gel
Voltaren Emulgel	1,16% 60g Gel
Zenavan	5% 50g Gel

**Grupo N06D: Otros psicoanalépticos excluidos preparados antiobesidad**

Nombre Registrado - Presentación	
Bogil	333mg 20 Comprimidos
Cefabol	20 Cápsulas 40 Cápsulas
Ciclofalina	20% 100ml Solución 800mg 20 Comprimidos 60 Comprimidos 60 Sobres Polvo 30 Sobres
Denubil	10 Ampollas Bebibles 5ml 20 Ampollas Bebibles 5ml
Gamalate	B6 60 Grageas 80ml
Genogris	25 Ampollas Bebibles 4ml
Memorino	20 Cápsulas 60 Cápsulas
Mentis	300mg 24 Cápsulas 60 Cápsulas
Neurodynamicum	500mg 10 Ampollas 2ml 5 Ampollas 2ml
Nootropil	1200mg 60 Comp. 1g 6 Ampollas 5ml 20% 100ml Solución 800mg 20 Comprimidos 800mg 60 Comprimidos Intraven. 3g 6 Ampollas 15ml
Numatol	200mg 10 Ampollas 2ml 5 Ampollas 2ml 500mg 10 Ampollas 4ml 5 Ampollas 4ml
Piracetam Prodes	100ml Solución
Serfoxide	300mg 30 Cápsulas 600mg Granulado 20 Sobres
Somazina	1000mg 3 Ampollas 4ml 200mg 10 Ampollas 2ml 5 Ampollas 2ml 3g 30ml Solución Gotas 500mg 10 Ampollas 4ml 5 Ampollas 4ml

**Grupo R05C2: Expectorantes, incluidos mucolíticos, sin antiinfecciosos**

Nombre Registrado - Presentación	
Acetilcisteina Bexal	100mg/Sob 30 Sob 200mg/Sob 30 Sob 600mg 20 Comp Efe
Acetilcisteina Farmasierra	100mg/So 30 Sob 200mg/So 30 Sob
Actithiol	100mg 40 Grageas 5% 200ml Solución Adultos 500mg 20 Grageas Infantil 2% 200ml Solución
Ambrolitic	15mg 200ml Jarabe 30mg 20 Cápsulas
Ambroxol Bexal	15mg/5ml 200ml Jarab 30mg 20 Comprim Eferv
Ambroxol Ratiopharm	15mg/5ml 200ml Jar
Anatac	120ml Solución 240ml Solución
Bisolvon	0.2% 40ml Solución Gotas 4mg 20 Comprimidos 5 Ampollas 2ml

**Grupo R05C2: Expectorantes, incluidos mucolíticos, sin antiinfecciosos (Cont.)**

Nombre Registrado - Presentación	
Broluidan	25mg 30 Sobres Infantil 50mg 30 Cápsulas
Broncostyl	20mg 30 Cápsulas 5mg 40ml Solución Gotas
Dinobroxol	15mg 200ml Jarabe
Fluidin Mucolítico	250mg/5ml 200ml Sol Oral
Fluimucil	300mg 5 Ampollas 3ml Oral 200mg Granul 30 Sobres Oral Forte 600mg 20 Compr Oral Inf 100mg 30 Sob Granul
Lacermucil	200mg Vial 20ml
Motosol	15mg 10 Ampollas 2ml 200ml Jarabe 30mg 20 Comprimidos Granul 60mg 20 Sobres ato 75mg 30 Cápsulas Retard
Mucibron	15mg/5ml 200ml Sol Oral
Mucofluid	600mg 6 Ampollas 3ml
Mucorex	100mg 20ml Solución Gotas 200mg 150ml Solución 400mg 24 Cápsulas

Nombre Registrado - Presentación	
Mucosan	0.75% 60ml Solución 15mg/5ml 200ml Jarabe 15mg/Amp 10 Ampollas 2ml 30mg 20 Comprimidos 60mg/Sobre 20 Sob Granul Retard 75mg 30 Cápsulas
Mucovital	2,7g/Sob 20 Sobres 5g Granul
Naxpa	15mg 200ml Jarabe 30mg 20 Comprimidos
Pectox	120ml Solución 240ml Solución 350mg 40 Cápsulas Lisina 2.7g 20 Sobres Monodosis
Sobrepin	100mg 10 Supositorios Infantil 24 Cápsulas 150ml Jarabe 200mg 10 Suposi Adultos 20mg 10 Suposi Lactantes 40mg Aerosol 10 Amp 3ml
Viscoteina	250mg 200ml Solución

**Relación de Especialidades clasificadas como UTB2**

**Grupo C02F1: Alcaloides de la rauwolfia asociados con diuréticos**

Nombre Registrado - Presentación	
Adelfan-Esidxex	50 Comprimidos
Diu-Rauwiplus	50 Grageas
Higrotona-Reserpina	30 Comprimidos
Resnedal	20 Comprimidos

**BIBLIOGRAFÍA**

- Informe sobre Indicadores cualitativos de la prescripción de medicamentos. Subdirección General de Prestaciones y Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Madrid, mayo 1.994.
- Medicamentos de utilidad terapéutica baja (UTB). Alternativas a su utilización. Servicio Navarro de Salud, 1.996.
- Real decreto 83/1993, de 22 de enero, por el que se regula la selección de los medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud.
- Real decreto 1663/1998, de 24 de julio, por el que se amplía la relación de medicamentos que se excluyen de la financiación con cargo a fondos de la Seguridad social o a fondos estatales afectos a la sanidad.

**ERRADICACIÓN DE *Helicobacter pylori*: ¿CUÁNDO Y CON QUÉ FÁRMACOS?**

*El mejor conocimiento de la etiopatogenia de la úlcera péptica hace recomendable la erradicación del Helicobacter pylori en pacientes determinados, mediante la alternativa terapéutica más adecuada.*

*Palabras Clave:* Úlcera péptica, Helicobacter pylori, erradicación, recurrencia, pauta.

El tratamiento de la úlcera péptica (UP) ya fue revisado en anteriores ocasiones (1,2). Dada la importancia de este tema y las modificaciones que se están produciendo en el mismo, se ha considerado conveniente actualizarlo en este primer número del Boletín Farmacoterapéutico Valenciano.

La sintomatología relacionada con la úlcera péptica constituye una de las causas más frecuentes de consulta en Atención Primaria. Tradicionalmente, el tratamiento de estos pacientes se ha basado en el empleo de fármacos antisecretores (anti-H<sub>2</sub>, inhibidores de la bomba de protones,...) en muchos casos durante períodos de tiempo prolongados y repetidos debido a la elevada frecuencia de recurrencias de la sintomatología ulcerosa. La demostración de que los pacientes con UP presentan una elevada prevalencia (entre el 80-100%) de infección por Helicobacter pylori (Hp) hizo pensar en su implicación en la etiología de esta enfermedad. Como consecuencia de ello se han utilizado pautas de erradicación basadas en la combinación de distintos

antibióticos con antisecretores (anti-H<sub>2</sub>, inhibidores de la bomba de protones, otros). La erradicación del Hp se ha asociado a una marcada disminución en la frecuencia de recurrencias de UP (<10% de los pacientes al

año), frente a los valores obtenidos (50-80%) tras la cicatrización con el tratamiento antisecretor convencional, evitándose de esta forma la necesidad de una terapia de mantenimiento (3). Por todo ello, el Hp se

**Tabla 1. Elección de pruebas diagnósticas para la detección de H. pylori**

PRUEBA DIAGNÓSTICA PREVIA AL TRATAMIENTO INICIAL	CONFIRMACIÓN TRAS TRATAMIENTO*: en función del diagnóstico inicial
<ul style="list-style-type: none"> <li>Clínica ulcoide en paciente &lt;45 años y sin signos de alarma, UD (excluir tratamiento con AINEs)</li> <li>Clínica ulcoide en paciente ≥ 45 años o con signos de alarma, UG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Paciente que inicialmente presentaba síntomas sugestivos de UP pero sin signos de alarma o paciente con UD no complicada:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>Si no presenta sintomatología → <b>NO es necesario realizar ninguna prueba</b></li> <li>Si presenta sintomatología → Prueba del aliento y en caso de ser positivo: Biopsia+Cultivo (sensibilidad a antibióticos)</li> </ul> </li> <li>UD complicada, UG, linfoma MALT → Endoscopia + Biopsia + Cultivo o histología o prueba ureasa</li> </ul>

UD: Úlcera duodenal UG: Úlcera gástrica UP: Úlcera péptica MALT: Tejido linfoide asociado a la mucosa  
 \* Aunque las pruebas serológicas de laboratorio son los métodos más baratos para el diagnóstico de la infección, el título de anticuerpos disminuye lentamente (6-18 meses) tras la erradicación de Hp y, por tanto, no constituyen un método adecuado para valorar el efecto de la terapia de erradicación

considera en la actualidad el principal factor etiológico en la UP, por lo que para un tratamiento óptimo de esta enfermedad es necesario su diagnóstico y erradicación.

Existen también datos que sugieren que el Hp podría estar implicado en diversas patologías entre las que se encuentra la dispepsia no ulcerosa, el linfoma gástrico MALT de bajo grado y el cáncer gástrico. El empleo de pautas de erradicación en estos casos debe estar

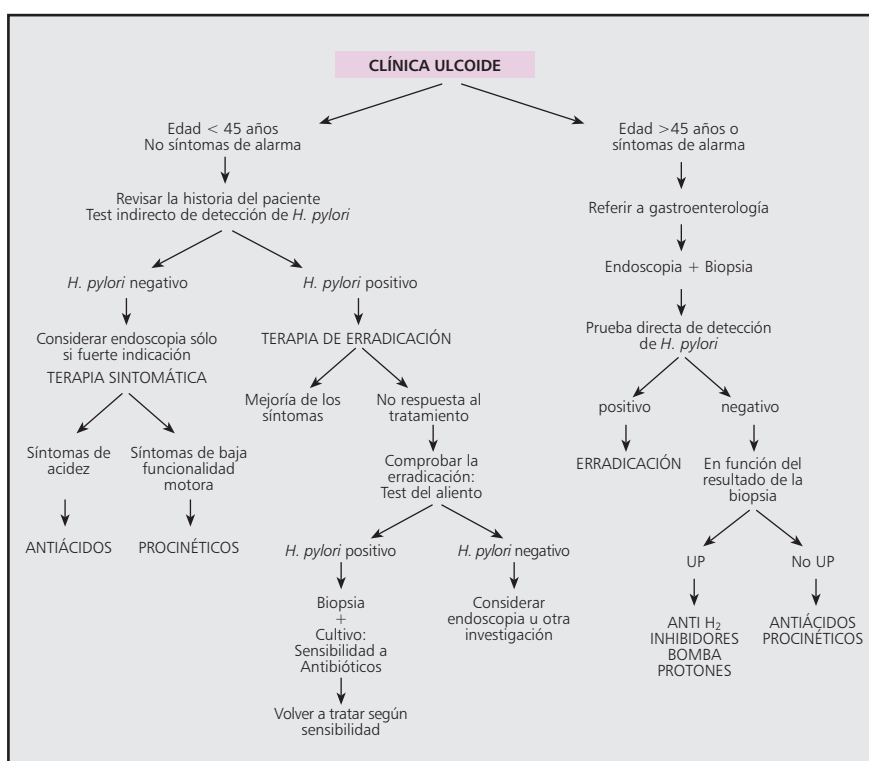
supeditado a la disponibilidad de datos definitivos de eficacia.

### DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN

Los pruebas invasivas o directas consisten en endoscopia seguida de biopsia y uno de los siguientes métodos: cultivo, histología o prueba de la ureasa. En los pacientes en los que está indicada la endoscopia se puede obtener una

biopsia a la vez que se realiza ésta. Las pruebas no invasivas o indirectas incluyen las serológicas y la prueba del aliento con urea marcada con  $^{13}\text{C}$  (o con  $^{14}\text{C}$  no disponible en España actualmente). La selección de la prueba apropiada para un paciente depende de su situación clínica (tabla 1). La endoscopia, debido al coste y morbilidad asociados, se usa principalmente en pacientes con signos de alarma o mayores de 45 años, edad considerada umbral para el cáncer gástrico. La principal indicación del cultivo reside en el estudio de sensibilidad antibiótica en casos de fracaso del tratamiento (figura 1).

Figura 1. Algoritmo de decisión ante clínica ulcoide en un paciente en atención primaria (4, 12)



### TRATAMIENTO DE ERRADICACIÓN

Los requisitos que ha de reunir la pauta de erradicación son que se trate de un régimen simple, bien tolerado, fácil de cumplir y coste-efectivo (4). Debe alcanzar un porcentaje de erradicación por encima del 80% sobre una base de análisis por intención de tratar. En cuanto a los regímenes terapéuticos disponibles, las combinaciones de fármacos que se han utilizado son múltiples y la interpretación de los estudios no es fácil, debido a la variada metodología, a las diferentes pautas terapéuticas y, en ocasiones, al escaso número de pacientes. No obstante, sí existen algunos aspectos que quedan claros al revisar la bibliografía, como es que la monoterapia y las terapias dobles no son adecuadas para la erradicación de Hp. Las monoterapias aumentan la aparición de resistencias frente a Hp y disminuyen la erradicación a un 10-20%, mientras que las terapias dobles obtienen porcentajes de erradicación del 50-60%. Las combinaciones más adecuadas son las triples. Los regímenes más efectivos son complejos y requieren la combinación de un agente antisecretores o una sal de bismuto con dos antibióticos durante 1 ó 2 semanas.

Diversos estudios establecen la pauta Bismuto-Metronidazol-Tetraciclina (BMT) durante 14 días (triple terapia clásica) como tratamiento de elección debido a su coste y eficacia (5). Sin embargo, los problemas de cumplimiento debido tanto a los efectos adversos, principalmente gastrointestinales (náuseas, dolor abdominal, ennegrecimiento heces), como a la elevada frecuencia de administración, disminuyen la eficacia del régimen (6). La tabla 2 recoge las pautas de erradicación más aceptadas en la actualidad, las cuales tienen una duración de 7 días.

Los factores fundamentales que condicionan el éxito del tratamiento de erradicación son las resistencias a antibióticos y el cumplimiento del tratamiento. El Consenso de Maastricht establece que no es obligatorio demostrar la susceptibilidad de Hp a los antibióticos antes de prescribir el tratamiento inicial (4).

Tabla 2. Combinaciones para la erradicación de Helicobacter pylori (4,9-11)

RÉGIMEN		PAUTA	ERRADICACIÓN	COSTE
1ª elección	MOC 7 días	<b>M</b> etronidazol 400-500 mg /12h (o Tinidazol) <b>O</b> meprazol 20 mg/12h <b>C</b> laritromicina 250 mg/12h	85-90 %	6.924 - 11.044
	OCA <sup>1</sup> 7 días	<b>O</b> meprazol 20 mg/12h <b>C</b> laritromicina 500 mg /12h <b>A</b> moxicilina 1000 mg/12h	80-90 %	7.808 - 12.393
2ª elección	MAO <sup>2</sup> 7 días	<b>M</b> etronidazol 400-500 mg /8-12h (o Tinidazol) <b>A</b> moxicilina 500 mg/8h <b>O</b> meprazol 20 mg/12h	80-85 %	2.204 - 6.732

1 Aconsejable cuando la resistencia a Metronidazol es común (>30%)

2 Aconsejable cuando la resistencia a Claritromicina es común (>15%)

3 Coste en pesetas del tratamiento completo, considerando las presentaciones (más baratas y más caras) que mejor se ajustan a la dosis y duración del tratamiento. Se han considerado los envases completos, aunque no haya que consumir todas las unidades. Por el momento no se dispone en nuestro país de una presentación que contenga los medicamentos y el nº de unidades de dosificación adaptados a la pauta de erradicación.

El tratamiento, por tanto, debe basarse en datos epidemiológicos de resistencia, bien nacionales o mejor todavía regionales. Se acepta actualmente que, con un porcentaje de resistencia menor del 15% de Hp a Claritromicina y menor del 30% a Metronidazol, es todavía razonable utilizar estos fármacos (7).

El tratamiento combinado con tres medicamentos, está asociado con problemas de cumplimiento, siendo este factor determinante y predictivo del éxito de la terapia de erradicación, además de ser clave para evitar la aparición de resistencias (8). Por ello es necesario que se informe al paciente sobre la importancia del cumplimiento del tratamiento para la cura de su enfermedad, la forma apropiada de tomar los medicamentos y los efectos adversos esperados, mayoritariamente de tipo gastrointestinal (diarrea, sabor metálico, náuseas) que son frecuentes, pero leves y en raras ocasiones requieren la interrupción del tratamiento.

En caso de fracaso del tratamiento de erradicación de Hp, se recomienda (4), seleccionar una pauta en función del tratamiento previo y las sensibilidades del microorganismo (figura 2).

### CONCLUSIÓN

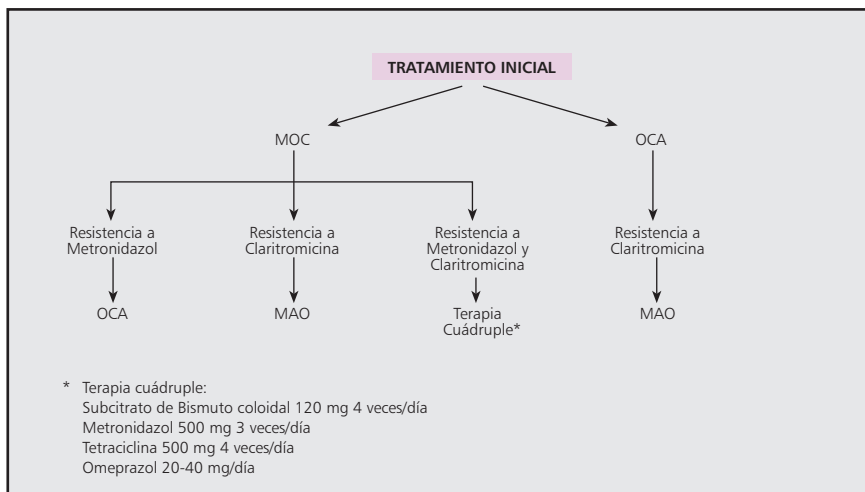
La erradicación de HP se acompaña de una curación más rápida de la úlcera, previene recurrencias y complicaciones y, finalmente, evita la necesidad de un tratamiento antisecreto de mantenimiento. Aunque inicialmente supone un coste superior a la terapia antisecretora convencional, el tratamiento para erradicar Hp en pacientes con UP e infección con Hp supone un coste global menor que la terapia tradicional con antiH<sub>2</sub>. Las dos combinaciones que parecen alcanzar los mejores resultados de erradicación (≈90%) son MOC y OCA durante 1 semana. La combinación MAO parece ligeramente menos

efectiva, pudiéndose considerar de segunda línea. En caso de fracaso del tratamiento es recomendable determinar la sensibilidad a antibióticos y volver a tratar en función de los resultados.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Anónimo. Bases para la terapia de la úlcera péptica. Bol Ter Val 1990;4:17-20.
2. Anónimo. *Helicobacter pylori* en la úlcera péptica. Bol Ter Val 1994;8:21-2.
3. Labenz J, Börsch G. Highly significant change of the clinical course of relapsing and complicated peptic ulcer disease after cure of *Helicobacter pylori* infection. Am J Gastroenterol 1994;89:1785-8.
4. Malfertheiner P. Current European concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection. The Maastricht Consensus Report. Gut 1997;41:8-13.
5. Walsh JH, Peterson WL. The treatment of *Helicobacter pylori* infection in the management of peptic ulcer disease. N Engl J Med 1995;333:984-91.
6. Unge P. What other regimens are under investigation to treat *Helicobacter pylori* infection?. Gastroenterology 1997;113:S131-S148.
7. Mégraud F. Antibiotic resistance in *Helicobacter pylori* infection. Br Med Bull 1998;54:207-16.
8. O'Connor HJ. Eradication of *Helicobacter pylori*. Eur J Gastroenterol Hepatol 1994;6:S113-9.
9. Unge P, Berstad A. Pooled analysis of *Helicobacter pylori* treatment regimens. Scand J Gastroenterol 1996;31:27-40.
10. Lind T, Velhuyzen van Zanten SJO, Unge P et al. Eradication of *Helicobacter pylori* using one-week therapies combining omeprazole with two antimicrobials- the MACH 1 study. *Helicobacter pylori* 1996;1:138-44.
11. Taylor JL, Zagari M, Murphy K et al. Pharmaco-economic comparison of treatments for the eradication of *Helicobacter pylori*. Arch Intern Med 1997;157:87-95.
12. Sameer Zar, Mendall MA. Clinical practice strategies for management of dyspepsia. Br Med Bull 1998;54:217-28.

Figura 2. Elección de la pauta de erradicación de Hp en caso de resistencia a un tratamiento previo



#### Autores y colaboradores en este boletín:

**Autora:** Carmen Carrión Carrión

**Colaboradores:** Asensi Botet F., Calduch Álvarez M.L., Díaz Mondejar M.R., Font Noguera I., González Luján L., Grau Rubio M.A., Larruga Riera J., Llacér Escorihuela A., Mira Gisbert E., Rabanaque Mallén G., Soriano Clemente A.

#### Comité de Redacción

Manuel Escolano Puig, Pilar Villalba Garnica, Manuel Pascual de la Torre, Elías Ruiz Rojo, M<sup>a</sup> Rosa Díaz Mondejar, M<sup>a</sup> Antonia Grau Rubio, Dantés Tórtola Graner, Javier Soriano Faura, Francisca Fontestad Planes.

El Boletín Farmacoterapéutico Valenciano se publica y distribuye gratuitamente a los profesionales de la salud de la Comunidad Valenciana,

Toda la correspondencia deberá dirigirse a la Redacción del Boletín Farmacoterapéutico Valenciano. CAVIME (Centro Autonómico Valenciano de Información de Medicamentos). Área para la Prestación Farmacéutica y el Medicamento. Conselleria de Sanidad. Micser Mascó, 31 46010 Valencia. Tfnos. 96 386 82 20 - 96 386 82 21 o a la dirección de Correo Electrónico: cavime\_cen@gva.es