



# Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

## P-116 - REGISTRO EUROPEO DEL MANEJO DE H. PYLORI (HP-EUREG): ANÁLISIS PRELIMINAR DE LOS TRATAMIENTOS DE SEGUNDA LÍNEA

O.P. Nyssen<sup>1,2,3</sup>, D. Vaira<sup>4</sup>, A. Pérez-Aisa<sup>5</sup>, L. Rodrigo-Sáez<sup>6</sup>, B. Tepes<sup>7</sup>, D.S. Bordin<sup>8</sup>, M. Castro<sup>3,9</sup>, F. Lerang<sup>10</sup>, L. Bujanda<sup>3,11,12,13</sup>, T. Rokkas<sup>14</sup>, J. Pérez-Lasala<sup>15</sup>, I. Ariño<sup>3,16</sup>, J. Molina-Infante<sup>3,17</sup>, J. Barrio<sup>18</sup>, J.M. Botargues<sup>19</sup>, M. Domínguez-Cajal<sup>20</sup>, J. Ortuño<sup>3,21</sup>, I. Modolell<sup>22</sup>, A.G. McNicholl<sup>1,2,3</sup>, M. Caldas<sup>1,2,3</sup>, A. Garre<sup>1,2,3</sup>, M.G. Donday<sup>1,2,3</sup>, F. Megraud<sup>23</sup>, C. O'Morain<sup>24</sup> y J.P. Gisbert<sup>1,2,3,25</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. <sup>2</sup>Instituto de Investigación Sanitaria Princesa, IIS-IP, Madrid. <sup>3</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas, CIBEREHD, Madrid. <sup>4</sup>Universidad de Bolonia, Bolonia, Italia. <sup>5</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Agencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella. <sup>6</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. <sup>7</sup>AM DC Rogaska, Liubliana, Eslovenia. <sup>8</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Moscow clinical scientific center named after A.S. Loginov, Moscú, Federación Rusa. <sup>9</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Virgen de Valme, Sevilla. <sup>10</sup>Central Hospital, Østfold, Noruega. <sup>11</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Donostia, San Sebastián. <sup>12</sup>Instituto de Investigación Sanitaria Biodonostia. <sup>13</sup>Universidad del País Vasco, UPV/EHU, San Sebastián. <sup>14</sup>Hospital Henry Dunant, Atenas, Grecia. <sup>15</sup>Servicio de Aparato Digestivo, HM Sanchinarro, Madrid. <sup>16</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. <sup>17</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres. <sup>18</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. <sup>19</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona. <sup>20</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital General San Jorge, Huesca. <sup>21</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. <sup>22</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Consorci Sanitari de Terrassa. <sup>23</sup>Laboratorio de Bacteriología, Hôpital Pellegrin, Burdeos, Francia. <sup>24</sup>Departamento de Medicina Clínica, Trinity College Dublin, Irlanda. <sup>25</sup>Universidad Autónoma de Madrid.

## Resumen

**Introducción:** Tras un fracaso erradicador, el tratamiento óptimo para H. pylori supone un reto debido al aumento de resistencias antibióticas.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia y seguridad de los tratamientos de segunda línea en Europa.

**Métodos:** Registro sistemático, prospectivo (Hp-EuReg) de la práctica clínica de los gastroenterólogos europeos sobre el manejo de la infección por H. pylori y su tratamiento. Se creó un e-CRD en AEG-REDCap para registrar: datos demográficos, intentos de erradicación previos, tratamiento de erradicación prescrito, eventos adversos y resultados (tasas de curación, cumplimiento, seguimiento, etc.). Extracción de datos: todos los casos tras un fracaso erradicador.

**Resultados:** Se incluyeron 3.532 pacientes de segunda línea con una edad media de 52 años. El 64% eran mujeres, el 58% sufrían dispepsia y el 17,5% úlcera gastroduodenal. El uso de los tratamientos de segunda línea más frecuentes y la eficacia por combinación de antibióticos se muestran en la tabla.

Tratamientos más frecuentes*	N	% uso	ITT	IC95%	PP	IC95%
IBP+A+L	1.390	45%	74%	71-76	82%	80-84
IBP+A+L+B	377	12%	86%	82-89	92%	89-94
IBP+C+A	218	7%	66,5%	60-73	82%	77-87
IBP+M+Tc+B	174	6%	75%	69-82	87%	81-92
IBP+A+Mx	141	5%	86,5%	81-92	92%	87-96
IBP+Pylera	169	5%	76%	70-83	91%	86-95
IBP+A+Mx	108	3,5%	60%	51-69	68%	60-77

ITT: intención de tratar; PP: por protocolo; IC95%: intervalo de confianza; IBP: inhibidor de bomba de protones; C: claritromicina; A: amoxicilina; M: metronidazol; B: bismuto; L: levofloxacino; Mx: moxifloxacino; TC: tetraciclina; N: total de pacientes que recibieron un tratamiento. \*851 pacientes recibieron otras terapias no listadas en la tabla.

**Conclusiones:** Las terapias triples de segunda línea generalmente no alcanzan tasas de erradicación óptimas, excepto cuando se prescribe moxifloxacina durante 14 días. Las terapias cuádruples de segunda línea con bismuto y levofloxacino, la cuádruple estándar o Pylera parecen proporcionar mayor eficacia.