



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^{1,2,3}, D. Vaira⁴, A. Pérez-Aisa⁵, L. Rodrigo-Sáez⁶, B. Tepes⁷, D.S. Bordin⁸, M. Castro^{3,9}, F. Lerang¹⁰, L. Bujanda^{3,11,12,13}, T. Rokkas¹⁴, J. Pérez-Lasala¹⁵, I. Ariño^{3,16}, J. Molina-Infante^{3,17}, J. Barrio¹⁸, J.M. Botargues¹⁹, M. Domínguez-Cajal²⁰, J. Ortuño^{3,21}, I. Modolell²², A.G. McNicholl^{1,2,3}, M. Caldas^{1,2,3}, A. Garre^{1,2,3}, M.G. Donday^{1,2,3}, F. Megraud²³, C. O'Morain²⁴ y J.P. Gisbert^{1,2,3,25}

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