



128 - TENDENCIAS TEMPORALES DE PRESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTOS ERRADICADORES Y DE SU EFECTIVIDAD EN PACIENTES NAÏVE EN ESPAÑA ENTRE 2013 Y 2022: 10 AÑOS DE EXPERIENCIA DEL REGISTRO EUROPEO SOBRE EL MANEJO DE LA INFECCIÓN POR *H. PYLORI* (HP-EUREG)

Luis Hernández¹, María Ángeles Pérez-Aisa², Samuel Jesús Martínez-Domínguez³, Manuel Pabón-Carrasco⁴, Luis Bujanda⁵, Alfredo Lucendo⁶, Luis Rodrigo⁷, Ana Garre⁸, Jose María Huguet⁹, Noelia Alcaide¹⁰, Mónica Perona¹¹, Jesús Barrio¹², Óscar Núñez^{13,14}, Javier Tejedor Tejada¹⁵, Pilar Mata¹⁶, Diego Ledro¹⁷, Juan Ortuño¹⁸, Manuel Dominguez Cajal¹⁹, Gema Ladrón²⁰, Judith Gómez Camarero²¹, Blas José Gómez Rodríguez¹⁷, Olga P. Nyssen⁸, Francis Megraud²², Colm O'Morain²³ y Javier P. Gisbert⁸

¹Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero. ²Agencia Sanitaria Costa del Sol, Málaga. ³Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa IIS Aragón y CIBERehd, Zaragoza. ⁴Hospital de Valme, Sevilla. ⁵Hospital Donostia/Instituto Biodonostia y CIBERehd, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), San Sebastián. ⁶Hospital General de Tomelloso. ⁷Hospital Central de Asturias, Oviedo. ⁸Hospital de La Princesa, IIS-Princesa, UAM y CIBERehd, Madrid. ⁹Hospital General Universitario de Valencia. ¹⁰Hospital Clínico de Valladolid. ¹¹Hospital Quirón Marbella, Málaga. ¹²Hospital Rio Hortega, Valladolid. ¹³Hospital Universitario La Moraleja, Madrid. ¹⁴Clínica Ntra. Señora del Rosario, Madrid. ¹⁵Hospital de Cabueñes, Gijón. ¹⁶Hospital Universitario de Cáceres. ¹⁷Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ¹⁸Hospital La Fe, Valencia. ¹⁹Hospital San Jorge, Huesca. ²⁰Hospital General de Castellón. ²¹Hospital Universitario de Burgos. ²²Laboratoire de Bactériologie, Hôpital Pellegrin, Bordeaux, Francia. ²³Trinity College Dublin, Irlanda.

Resumen

Introducción: Se desconoce el grado y el retraso de la implementación de las recomendaciones científicas en la práctica clínica, así como el impacto potencial sobre el éxito erradicador. El objetivo de este estudio fue analizar la evolución de las prescripciones y de la efectividad terapéutica de primera línea en España.

Métodos: Registro prospectivo, multicéntrico de la práctica clínica de los gastroenterólogos europeos sobre el manejo de la infección por *H. pylori* (Hp-EuReg). Los datos se registraron en un e-CRD en AEG-REDCap entre 2013 y noviembre 2022 y se incluyeron todos los casos de primera línea de tratamiento. La efectividad se analizó por intención de tratar modificada. Todos los datos fueron sujetos a control de calidad.

Resultados: Se analizaron 16.447 pacientes *naïve* a tratamiento. En total se prescribieron 44 terapias diferentes, aunque se analizaron los nueve esquemas más frecuentes (tabla). El uso de los tratamientos triples disminuyó del 41% (2013) al 1,8% (2022); las terapias cuádruples sin bismuto (secuencial y concomitante con amoxicilina- claritromicina-metronidazol/tinidazol) disminuyeron en > 10%, mientras que las cuádruples con bismuto-tetraciclina-metronidazol en cápsula única (Pylera®) aumentaron del 1% (2013) al 63% (2022). También se observó un aumento del 7% en las prescripciones de la cuádruple con bismuto-amoxicilina-claritromicina. La duración media de los

tratamientos pasó de 11,1 días (2013) a 11,4 (2022) y se identificó un aumento en el uso de dosis altas de IBP, que pasó del 26% (2013) al 36% (2022). Todos estos cambios se asociaron con un incremento en la eficacia global (por intención de tratar modificada) del 84% al 95,6%.

| Tabla: Evolución de la eficacia por mITT | | | | | | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Año | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
| Cuádruple-C+A+B | 0,1% | 0,1% | 4,8% | 24,2% | 12% | 18,3% | 17,8% | 5,1% | 2% | 7,4% |
| Pylera® | 0,7% | 0,4% | 0,9% | 20,2% | 42,6% | 52,8% | 58,3% | 54,5% | 53,2% | 62,5% |
| Cuádruple -M+Tc+B | 1,5% | 0,4% | 0,3% | 0% | 0,1% | 0% | 0,6% | 0,4% | 0,1% | 0,3% |
| Concomitante-C+A+M/T | 44,8% | 37,8% | 44,1% | 35,3% | 35% | 23,7% | 31,7% | 36,7% | 39,4% | 30,2% |
| Secuencial-C+A+M/T | 11% | 1,2% | 1,2% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| Triple-A+L | 1,5% | 1,6% | 1,7% | 1,1% | 0,5% | 0,4% | 0,6% | 0,4% | 0,2% | 0,1% |
| Triple-A+M | 0,4% | 0,6% | 0,9% | 0,1% | 0,1% | 0,2% | 0% | 0,1% | 0,1% | 0% |
| Triple-C+M | 1,3% | 2,4% | 1,2% | 0,7% | 0,3% | 0,3% | 0,6% | 0% | 0% | 0,1% |
| Triple-C+A | 36,8% | 53,8% | 40,8% | 16,9% | 6,9% | 2,3% | 2,4% | 4,7% | 3% | 1,6% |
| Duración | | | | | | | | | | |
| 7 días | 3,3% | 2,7% | 1,5% | 0,9% | 0,2% | 0,1% | 0,3% | 0,5% | 0,5% | 0,2% |
| 10 días | 66,6% | 68,7% | 72,9% | 51,2% | 59% | 62% | 65,5% | 62% | 58% | 64,5% |
| 14 días | 30% | 28,6% | 25,6% | 47,9% | 40,9% | 37,9% | 34,2% | 37,5% | 41,6% | 35,3% |
| Dosis IBP* | | | | | | | | | | |
| Baja | 50,9% | 36,4% | 40,8% | 37,1% | 42,8% | 32,7% | 43,6% | 51% | 46,5% | 35,1% |
| Estándar | 23,5% | 35,5% | 27,5% | 19,4% | 21% | 18,5% | 19,3% | 25% | 25,5% | 28,7% |
| Alta | 25,6% | 28,1% | 31,8% | 43,5% | 36,2% | 48,8% | 37,1% | 24,1% | 28% | 36,2% |
| Tasa de erradicación (mITT) | 83,5% | 87,1% | 86,2% | 89,9% | 91% | 90,4% | 87,5% | 85,3% | 90,7% | 95,6% |
| IBP – inhibidor de la bomba de protones; C – claritromicina; M – metronidazol; T – tinidazol A; – amoxicilina; L – levofloxacino B; – sales de bismuto; Tc – tetraciclina; mITT – intención de tratar modificado. *Dosis bajas IBP – 4.5 a 27 mg omeprazol equivalente/12h; dosis estándar IBP – 32 a 40 mg omeprazol equivalente/12h; dosis altas IBP – 54 a 128 mg omeprazol equivalente/12h. | | | | | | | | | | |

Conclusiones: Los gastroenterólogos españoles van incorporando progresivamente las recomendaciones científicas a la práctica clínica, con una subsecuente mejora en la efectividad global de los tratamientos de primera línea superior al 10% en los últimos 10 años.