

VII Congreso de la Asociación Española de Gastroenterología

Madrid, 25-27 de marzo de 2004

PÓSTERS

Esófago-Estómago-Duodeno: *Helicobacter pylori*

COMPARACIÓN DE CUATRO ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA RECIDIVA HEMORRÁGICA EN LA ÚLCERA PÉPTICA. ESTUDIO DE COSTE-EFECTIVIDAD

E. Gené^a, X. Calvet^b, J. P. Gisbert^c y M. Güell^d

^aServicio Medicina Hospital de Sabadell. Corporació Parc Taulí. Institut Universitari Fundació Parc Taulí. Sabadell, ^bUnitat de Malalties Digestives Hospital de Sabadell. Corporació Parc Taulí. Institut Universitari Fundació Parc Taulí. Sabadell, ^cServicio Aparato Digestivo Hospital de la Princesa. Madrid, ^dUnitat de Malalties Digestives Corporació Parc Taulí. Sabadell.

Introducción: La erradicación de *Helicobacter pylori* (*Hp*) reduce la recidiva de la hemorragia por úlcera péptica. Sin embargo, no se ha analizado si la erradicación de *Hp* resulta coste-efectiva en nuestro medio en la prevención de la recidiva hemorrágica y en caso de resultar lo cual sería la mejor estrategia para abordar la erradicación de *Hp*.

Objetivo: Evaluar el coste-efectividad de distintas estrategias terapéuticas tras la hemorragia por úlcera péptica teniendo presente el uso de antiinflamatorios y la presencia de *Hp*.

Material y Métodos: Se realizó un estudio de coste-efectividad mediante la elaboración de un árbol de decisión en el que se compararon cuatro estrategias para prevenir la recidiva hemorrágica en pacientes con úlcera péptica. *a*) Test para determinar la infección por *Hp* y tratamiento erradicador si es positivo, *b*) Tratamiento de mantenimiento con inhibidores de la bomba de protones, *c*) No hacer ninguna intervención y *d*) Tratamiento empírico erradicador. El punto de vista del estudio fue el del sistema nacional de salud y el horizonte temporal de dos años.

Resultados: La tasa de recidiva hemorrágica fue menor con las opciones: *a*) (4,9%) y *d*) (4,9%) que con la *b*) (7,8%) y *c*) (17,2%). La estrategia más coste-efectiva fue realizar tratamiento empírico de *Hp* (*d*) con un ahorro por paciente respecto a la opción *a*) de 52€, *b*) 269€ y *c*) 154€. El análisis de sensibilidad demostró la estabilidad de estos resultados; la variable que más influyó en los resultados fue la prevalencia de *Hp* en la hemorragia digestiva. Si ésta disminuye por debajo del 46%, la estrategia más coste-efectiva es realizar test del aliento y tratar únicamente a los pacientes positivos para *Hp*.

Conclusiones: En pacientes con hemorragia digestiva por úlcera péptica la estrategia más coste-efectiva para prevenir la recidiva hemorrágica es el tratamiento empírico de *Hp*.

COMPARACIÓN DE TERAPIA TRIPLE SEGUIDA DE CUÁDRUPLE VS. CUÁDRUPLE SEGUIDA DE TRIPLE EN LA ERRADICACIÓN DE HELICOBACTER PYLORI. RESULTADOS DE UN ENSAYO CLÍNICO Y ANÁLISIS DE COSTE-EFECTIVIDAD

X. Calvet^a, D. Marko^b, J. Ducons^c, J. Guardiola^d, L. Titó^e y F. Bory^f

^aUnitat de Malalties Digestives Hospital de Sabadell. Sabadell, ^bCentre de Recerca d'Economia del Benestar. Parc Científic de Barcelona. Universitat de Barcelona. Barcelona, ^cUnitat de Aparato Digestivo Hospital de San Jorge. Huesca, ^dDepartament de Medicina Hospital de L'Alt Penedès. Vilafranca del Penedès, ^eServei de Medicina Hospital de L'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet, ^fServei de Digestiu Hospital del Mar. Barcelona y el G.R.E.S.C.A.

Introducción: La eficacia como tratamiento de primera línea para la erradicación de *Helicobacter pylori* de las terapias triple y cuádruple es similar. La opción más lógica en caso de fracaso es cruzar tratamientos (cuádruple después de triple y triple después de cuádruple). Sin embargo existen muy pocos datos en la literatura comparando ambas estrategias terapéuticas.

Objetivos: Comparar: 1) la utilidad de triple y cuádruple terapia como terapia de segunda línea cuando se realiza tratamiento cruzado; 2) el coste efectividad de ambas estrategias terapéuticas.

Métodos: Se incluyeron 49 pacientes de 344 que participaron en un estudio previo comparando triple – omeprazol, amoxicilina y claritromicina cada 12 horas durante 7 días – versus cuádruple – omeprazol cada 12 horas, tetraciclina, metronidazol y subcitrat de bismuto cada 8 horas durante 7 días – en los que había fracasado el tratamiento inicial. Dichos pacientes recibieron tratamiento cruzado. La curación de la infección se comprobó mediante test del aliento con urea marcada con C¹³. Se realizó un análisis de decisión para comparar ambas estrategias terapéuticas.

Resultados: Las tasas de curación por intención de tratar para el tratamiento de segunda línea fueron 46%-10/22 pacientes-; IC95%: 24%-68% para la terapia triple y 63%-17/27 pacientes-; IC95%: 42%-81% para la cuádruple (p = 0,26). Las tasas respectivas de curación por protocolo fueron 71% y 85% (p = 0,41). Las tasas de curación por intención de tratar fueron del 87%; IC95%: 81%-92% para la estrategia utilizando inicialmente terapia triple y 86%; IC95%: 80%-91% para la utilización inicial de cuádruple (p = 0,87). El análisis de coste –efectividad mostró que la utilización de la terapia cuádruple como tratamiento inicial era más coste-efectiva. La utilización de terapia triple inicial implicaba un coste incremental de 19 € por paciente.

Conclusiones: La eficacia del tratamiento cruzado parece similar tanto si se utiliza inicialmente tratamiento triple como si se utiliza tratamiento cuádruple. Sin embargo, la estrategia que utiliza primero tratamiento cuádruple resulta ligeramente más coste efectiva.

DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR *H. PYLORI* MEDIANTE DETERMINACIÓN DE ANTÍGENOS EN HECES. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

J. Gisbert y J. Pajares

Digestivo Hosp. de la Princesa. Madrid.

Nuestro objetivo fue revisar sistemáticamente la exactitud diagnóstica de la determinación de antígenos de *H. pylori* en heces (stool antigen test, SAT). Se realizaron búsquedas bibliográficas en diversas bases de datos electrónicas y resúmenes de congresos hasta el año 2003. Se identificaron 89 estudios, incluyendo a 10.858 pacientes, que evaluaban la utilidad del SAT para el diagnóstico pre-tratamiento. La sensibilidad (S), especificidad E, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) (media ponderada) fue: 91%, 93%, 92% y 87%. Cuando se empleó un "patrón de referencia" (*gold standard*) basado en al menos 2 métodos diagnósticos diferentes del SAT (78 estudios, 9.306 pacientes), la exactitud diagnóstica pre-tratamiento fue igualmente muy elevada: S 91%, E 94%, VPP 92% y VPN 86%. Los resultados de los 8 estudios (1.399 pacientes) que evaluaron la técnica monoclonal (en lugar de la policlonal) pre-tratamiento fueron similares o incluso mejores (S 96%, E 97%, VPP 96% y VPN 97%), con la ventaja de una discriminación más precisa entre los resultados positivos y negativos. Treinta y nueve estudios, incluyendo 3.147 pacientes, evaluaron el SAT para la confirmación de la erradicación de *H. pylori* 4-8 semanas tras finalizar el tratamiento, y los valores medios de S, E, VPP y VPN fueron: 86%, 92%, 76% y 93%. Los resultados fueron similares cuando se empleó un *gold standard* basado en al menos dos métodos diagnósticos (85%, 91%, 77% y 89%). Se evidenció una exactitud diagnóstica relativamente baja (especialmente la S) en algunos estudios post-tratamiento con el SAT policlonal. Sin embargo, se obtuvieron excelentes resultados en los 6 estudios que evaluaron la técnica monoclonal 4-8 semanas post-tratamiento: S 96%, E 97%, VPP 91% y VPN 99%. Finalmente, los resultados de los estudios que emplearon el SAT antes de que transcurrieran 4 semanas post-tratamiento fueron notablemente contradictorios.

EFICACIA DE LA LECTURA INMEDIATA DEL TEST DE LA UREASA FRENTE A SU LECTURA DIFERIDA

D. Sánchez Muñoz*, J. Vargas Romero** y M. Castro Fernández*

*Servicio de Aparato Digestivo Hospital Universitario de Valme. Sevilla,

**Servicio de Microbiología Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Objetivo: Establecer si existen diferencias en la tasa de erradicación de la infección por *H. pylori* en función de la positividad inmediata o diferida del test de la ureasa, como potencial marcador indirecto del grado de actividad o densidad bacteriana. La positividad precoz del test de la ureasa podría asociarse a una menor tasa de erradicación.

Pacientes y métodos: Se incluyen 70 pacientes, 53 hombres y 17 mujeres con edad media de 54,8 ± 15,7 años, con hemorragia digestiva por úlcera duodenal o gástrica y positividad del test de la ureasa, realizado mediante la obtención de dos biopsias de antro gástrico. En todos los casos se valoró si la positividad era inmediata, tras la realización del test, o bien a las 3 ó 24 horas. Se indicó tratamiento con omeprazol, claritromicina y amoxicilina (OCA) durante 7 días en 38 pacientes, con tasa de erradicación del 92,1%, y durante 12 días en 32 pacientes, con tasa de erradicación del 84,2%, siendo las diferencias no significativas.

Tabla 1. Tasas de erradicación de la infección por *H. pylori* en función del tiempo de positividad del Test de Ureasa. P = NS.

	0 horas	3 horas	24 horas
Erradicados	38 (86,3%)	5 (86,6%)	19 (95%)
OCA 7	22	3	10
OCA 12	16	2	9
No erradicados	6 (13,7%)	1 (13,4%)	1 (5%)

Resultados: El test de la ureasa resultó positivo de forma inmediata en 44 casos (62,8%), a las 3 horas en 6 casos (8,5%) y a las 24 horas en 20 casos (28,5%). El tratamiento erradicador resultó eficaz en el 86,3% de los pacientes con positividad inmediata, en el 83,3% de los pacientes con positividad a las 3 horas y en el 95% de los pacientes con positividad a las 24 horas, siendo las diferencias no significativas (Tabla I).

Conclusiones: La positividad precoz o tardía del test de la ureasa no tiene valor pronóstico en relación a la tasa de erradicación de la infección por *H. pylori*, no teniendo por tanto interés su lectura en distintos periodos de tiempo. Para el diagnóstico de la infección por *H. pylori* sería suficiente una sola lectura del test de la ureasa a las 24 horas.

ELEVADA PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* EN ÚLCERAS SANGRANTES

E. Artigau Nieto^a, X. Calvet^b, V. Esteve^c, M. Güell^a, F. Junquera^b y E. Musulen^d

^aCirugía Gral y del Aparato digestivo H. Sabadell Parc Taulí. Sabadell,

^bUnitat de Malalties Digestives H. Sabadell Parc Taulí. Sabadell,

^cUnitat de Nefrologia H. Sabadell Parc Taulí. Sabadell,

^dAnatomía patológica H. Sabadell Parc Taulí. Sabadell.

Introducción: Es bien conocido y aceptado que *Helicobacter pylori* (Hp) es la principal causa de úlcera péptica, tanto gástrica como duodenal. Sin embargo, el papel de Hp en la úlcera sangrante resulta más controvertido. En este caso, algunos estudios sugieren que Hp juega un papel limitado, especialmente en úlceras gástricas. Sin embargo, muchos de los estudios toman como única/s prueba/s para confirmar la presencia de infección por Hp las realizadas durante la endoscopia inicial. La sensibilidad de dichas pruebas se reduce notablemente durante la fase aguda de una hemorragia digestiva. Por tanto, la estimación adecuada de la prevalencia de infección requeriría confirmar un primer test negativo para Hp mediante un segundo test. **Objetivos:** 1) Determinar la prevalencia de infección por Hp en pacientes con úlcera sangrante mediante un protocolo de diagnóstico estandarizado y 2) Evaluar la fiabilidad del test de la ureasa, la histología o su combinación para diagnosticar Hp durante la endoscopia de emergencia.

Material y métodos: Se revisaron las historias de pacientes con úlcera sangrante de 1995 a 2000. En tales pacientes, se investigó sistemáticamente el estado de Hp confirmando una primera prueba negativa para Hp con una segunda prueba, habitualmente un test de aliento semanas después del episodio de hemorragia. También se determinó la sensibilidad de ureasa, histología o su combinación para detectar Hp en la endoscopia inicial.

Resultados: La revisión incluyó 429 pacientes. La prevalencia de infección por Hp fue del 94,7%, en los pacientes con úlcera duodenal y del 87,7% en pacientes con úlcera gástrica. Además, 17 de los 32 pacientes negativos para Hp no completaron el seguimiento y realizaron únicamente una prueba para Hp. La sensibilidad para detectar Hp fue únicamente del 76,3%, 78,4% y 85,9% para el test de la ureasa, la histología y su combinación, respectivamente.

Conclusiones: Independientemente de la ubicación de la úlcera, el seguimiento exhaustivo detecta Hp en la gran mayoría de los pacientes con úlcera sangrante. En dichos pacientes, ni siquiera la combinación de ureasa e histología negativas en la endoscopia inicial es suficientemente fiable como para descartar infección por Hp.

ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO COMPARANDO 7 VS 10 DÍAS DE TERAPIA TRIPLE CON RABEPRAZOL, CLARITOMICINA Y AMOXICILINA PARA LA ERRADICACIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI*. RESULTADOS PRELIMINARES

Grupo de estudio sobre infección por *Helicobacter pylori* de la AEG

Introducción: En nuestro medio se recomienda la utilización de terapia triple durante 7 días en base a los datos de la literatura internacional y a estudios de coste efectividad. Sin embargo no se dispone

de datos de ensayos clínicos que comparen 7 vs. 10 días de terapia triple realizados en series amplias de pacientes.

Objetivo: Comparar la eficacia de 7 vs. 10 días de terapia triple con rabeprazol, claritromicina y amoxicilina para la erradicación de *Helicobacter pylori* (Hp).

Pacientes y métodos: Se presentan los resultados de 290 pacientes en los que se dispone de resultados en el momento actual. De los pacientes 174 eran hombres y 116 mujeres. La edad media fue de 50 ± 15 años. Ciento setenta y nueve presentaban una úlcera (139 duodenal, 40 gástrica) y los restantes 111 una dispepsia funcional. En todos ellos la infección por Hp fue diagnosticada por histología, test de la ureasa o test del aliento. Los pacientes fueron aleatorizados en bloques en función de si presentaban o no úlcera mediante un sistema de sobres cerrados a recibir 7 ó 10 días de rabeprazol 20 mg, claritromicina 500 mg y amoxicilina 1 g, todos ellos cada 12 horas. Se evaluaron los efectos secundarios mediante interrogatorio estructurado, el cumplimiento mediante recuento de comprimidos y entrevista y la curación mediante test del aliento realizado al menos 8 semanas después de realizado el tratamiento.

Resultados: la tasa de curación fue significativamente superior con 10 días de tratamiento -90,8%; IC 95% 85%-95%, 128 de 141 pacientes- comparado con 7 días - 80,5% - (IC 95% 73%-86%) 120 de 149 pacientes- ($p = 0,01$). Las tasas de curación para 7 y 10 días fueron del 85% y 91% ($p = ns$) respectivamente en pacientes con úlcera y del 74% y 91% ($p < 0,01$) en pacientes con dispepsia funcional. Los efectos secundarios fueron leves y aparecieron en aproximadamente el 35% de pacientes en ambos grupos y el cumplimiento fue similar y superior también al 95% en las dos ramas del estudio.

Conclusiones: El análisis intermedio del presente estudio sugiere que las tasas de curación con 10 días de tratamiento triple son superiores a las obtenidas con 7 días. Ambas duraciones de tratamiento presentan un cumplimiento y efectos secundarios similares. La eficacia de la pauta de 7 días parece claramente menor en pacientes con dispepsia funcional.

EVALUACIÓN DE LA SUSCEPTIBILIDAD DE *HELICOBACTER PYLORI* A LA RIFAXIMINA

X. Calvet^a, M. Quesada^b, I. Sanfeliu^c, F. Junquera^d y F. Segura^b

^aUnidad de Enfermedades Digestivas Hospital de Sabadell. Instituto Universitario Parc Taulí. UAB. Sabadell, ^bPrograma de Enfermedades Infecciosas Instituto Universitario Parc Taulí. UAB. Sabadell, ^cLaboratorio de Microbiología UDIAT-CD. Sabadell, ^dUnidad de Endoscopia Hospital de Sabadell. Instituto Universitario Parc Taulí. UAB. Sabadell.

Introducción: La infección por *Helicobacter pylori* afecta a más de la mitad de la población mundial y está asociada al desarrollo de la gastritis crónica, úlceras pépticas y adenocarcinoma gástrico. La rifaximina es un nuevo antibiótico no absorbible de amplio espectro del grupo de la rifamicina que alcanza altas concentraciones en el tracto gastrointestinal.

Objetivo: Determinar *in vitro* la susceptibilidad de *H. pylori* frente a la rifaximina.

Métodos: Se estudiaron 31 cepas de *H. pylori* por el método de dilución en agar. Como antibiótico control se utilizó la claritromicina. Como cepas control se utilizaron *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pneumoniae*. Se leyeron las placas a los 4 y 7 días de incubación. Se determinó las CMI₅₀ y las CMI₉₀ para cada antibiótico. Se consideraron resistente a la claritromicina, las cepas con CMI > 1 mg/ml.

Resultados: Las CMI₅₀ de la claritromicina a los 4 y 7 días fue de 0,125 mg/ml y las CMI₉₀ a los 4 y 7 días fue de 8 y 16 mg/ml respectivamente. Las CMI₅₀ de la rifaximina a los 4 y 7 días fue de 1 y 2 mg/ml respectivamente y las CMI₉₀ a los 4 y 7 días fue de 4 mg/ml. El 20% de las cepas de *H. pylori* fueron resistentes a la claritromicina. En estas cepas, el crecimiento de *H. pylori* fue inhibido a una concentración máxima de rifaximina de 4 mg/ml.

Conclusión: Estos resultados indican que la rifaximina puede ser útil en la erradicación de la infección. Este nuevo antibiótico podría tener una mayor actividad en las cepas resistentes a la claritromicina y así ser útil en las combinaciones con este fármaco o en el tratamiento de los fracasos.

EVALUACIÓN DE TRES TÉCNICAS DE DETECCIÓN DE ANTÍGENOS EN HECES PARA CONFIRMAR LA ERRADICACIÓN DE *H. PYLORI* TRAS EL TRATAMIENTO

J. Gisbert, M. Trapero y J. Pajares

Digestivo Hosp. de la Princesa. Madrid.

Objetivo: Recientemente han aparecido diversos métodos diagnósticos de detección de antígenos de *H. pylori* en heces, basados en técnicas policlonales y monoclonales, así como un test rápido, pero su utilidad para confirmar la erradicación de este microorganismo no está establecida. Nuestro objetivo fue evaluar la exactitud diagnóstica de estas técnicas para comprobar el éxito erradicador de *H. pylori*.

Métodos: Se estudiaron prospectivamente 26 pacientes (62% con úlcera péptica y 38% con dispepsia funcional) infectados por *H. pylori*. Todos los pacientes recibieron tratamiento erradicador durante 7-10 días, y 6-8 semanas después de su finalización se realizó una prueba del aliento con ¹³C-urea (*gold standard*) y se recogieron muestras fecales. Para la detección de los antígenos en heces se utilizaron 3 técnicas: un test con anticuerpos policlonales (Premier Platinum HpSATM), un test con anticuerpos monoclonales (Amplified IDEIATM HpSTARTM) y un test rápido (monoclonal, ImmunoCard STAT HpSATM) cuya lectura precisa únicamente 5 minutos. La lectura del test rápido se valoró por 2 observadores independientes, clasificándose el resultado como positivo, negativo o "dudoso".

Resultados: Se logró la erradicación de *H. pylori* en el 85% (prevalencia de infección postratamiento del 15%). La sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo del test policlonal fue, respectivamente: 25%, 91%, 33% y 87%. Los resultados correspondientes para el test monoclonal empleando el punto de corte recomendado por el fabricante (DO = 0,15) fueron: 100%, 46%, 25% y 100%. Sin embargo, el mejor punto de corte en nuestro estudio (DO = 0,55) tuvo una sensibilidad del 100% y una especificidad del 91%. El área bajo la curva ROC del test policlonal y monoclonal fue, respectivamente, de 0,65 y 0,95. Por último, para el test rápido la exactitud diagnóstica fue: 75%, 90%, 60% y 95%. El resultado del test rápido fue positivo en 5 pacientes, negativo en 20 y "dudoso" en uno. La concordancia entre los dos observadores fue perfecta (Kappa = 1). Los resultados de la lectura del test rápido a los 30 minutos tuvieron una pésima concordancia con los resultados a los 5 minutos (Kappa = 0,27), debido a la obtención de numerosos resultados falsos positivos.

Conclusiones: Ni el test de detección de antígenos en heces policlonal ni el test rápido evaluados en este estudio pueden recomendarse para confirmar la erradicación de *H. pylori* tras el tratamiento. El test monoclonal tiene una mayor exactitud diagnóstica, aunque se precisan más estudios para poder recomendar su uso rutinario en la confirmación del éxito erradicador de *H. pylori*.

EVALUACIÓN DE TRES TÉCNICAS DE DETECCIÓN DE ANTÍGENOS EN HECES PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR *H. PYLORI* EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA

J. Gisbert*, M. Trapero*, X. Calvet**, J. Mendoza*, M. Quesada**, M. Guell** y J. Pajares*

**Digestivo Hosp. de la Princesa. Madrid, **Digestivo Corporació Parc Taulí. Barcelona.*

Objetivo: Recientemente han aparecido diversos métodos diagnósticos de detección de antígenos de *H. pylori* en heces, basados en técnicas policlonales y monoclonales, así como un test rápido, pero su utilidad para confirmar la presencia de este microorganismo en

pacientes con hemorragia digestiva ha sido sólo excepcionalmente estudiada. Nuestro objetivo fue evaluar la exactitud de estas técnicas para diagnosticar la infección por *H. pylori* en pacientes con sangrado digestivo por úlcera péptica.

Métodos: Se estudiaron prospectivamente 34 pacientes que ingresaron por hemorragia digestiva por úlcera duodenal (64%) o gástrica (36%). El 77% de los casos presentaba deposiciones melénicas al ingreso. Todos los pacientes fueron tratados inicialmente con IBP por vía endovenosa. Se recogió la primera muestra fecal durante el ingreso, y para la detección de los antígenos en heces se utilizaron 3 técnicas: un test con anticuerpos policlonales (Premier Platinum HpSA™), un test con anticuerpos monoclonales (Amplified IDEIA™ HpStAR™) y un test rápido (monoclonal, ImmunoCard STAT HpSA™) cuya lectura precisa únicamente 5 minutos. La lectura del test rápido se valoró por 2 observadores independientes, clasificándose el resultado como positivo, negativo o "dudoso". Se consideró a un paciente infectado cuando se demostraba el microorganismo mediante una prueba "invasiva" (test rápido de la ureasa o histología) o mediante la prueba del aliento con ¹³C-urea, todas ellas realizadas durante el ingreso. Si ambas técnicas eran negativas se repetía la prueba del aliento 2 semanas después de suspender los IBP.

Resultados: El 67% de las muestras fecales analizadas fueron melénicas, y el 94% fueron sólidas. La mayoría de las heces se recogieron al 2º (50%) ó 3º (19%) día de ingreso (media 2,8 días). Todos los pacientes fueron *H. pylori* positivos según el *gold standard*, por lo que únicamente se pudo calcular la sensibilidad de los tests, que fue: test policlonal (74%), test monoclonal (94%) y test rápido (60%). Cuando los resultados del test policlonal se valoraron visualmente en lugar de espectrofotométricamente, los resultados fueron semejantes (sensibilidad 79%). El resultado del test rápido fue dudoso en 2 pacientes. La concordancia entre los dos observadores del test rápido fue elevada ($Kappa = 0,9$). Ni la presencia de heces melénicas ni la demora en la recogida de las muestras fecales explicaron los falsos negativos del test rápido.

Conclusiones: Ni el test de detección de antígenos en heces policlonal ni el test rápido evaluados en este estudio pueden recomendarse para diagnosticar la infección por *H. pylori* en los pacientes con hemorragia digestiva por úlcera péptica. Por su parte, el test monoclonal tiene una elevada sensibilidad diagnóstica, aunque se precisan más estudios para poder recomendar su uso sistemático en estos pacientes.

H. PYLORI Y ÚLCERA PÉPTICA PERFORADA. PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN Y PAPEL DE LOS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES

J. Gisbert*, J. Legido*, I. García-Sanz** y J. Pajares*

*Digestivo Hosp. de la Princesa. Madrid, **Cirugía Digestivo Hosp. de la Princesa. Madrid.

Objetivo: Estudiar la prevalencia de infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con úlcera péptica perforada (UPP), compararla con la prevalencia en pacientes con úlcera péptica no complicada (UP) y evaluar el papel de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en esta complicación.

Métodos: Se estudiaron retrospectivamente pacientes consecutivos con UPP. Grupo control: pacientes ambulatorios estudiados mediante gastroscopia durante el mismo período de tiempo y en los que se hubiera detectado una UP. En todos los pacientes se realizó una prueba del aliento con ¹³C-urea para evaluar la infección por *H. pylori*.

Resultados: Se incluyeron 16 pacientes con UPP y 160 con UP no complicada. El 62% de los pacientes con UPP estaban infectados por *H. pylori*, mientras que esto ocurrió en el 87% de los pacientes sin esta complicación ($p = 0,01$). El consumo de AINE fue más frecuente ($p = 0,012$) en los pacientes con UPP (56%) que en aquellos sin perforación (26%). En los pacientes con UPP, la prevalencia de *H. pylori* fue del 44% entre los que recibían AINE, pero esta cifra se incrementó hasta el 86% cuando únicamente se incluían los pa-

cientes sin ingestión de AINE ($p = 0,09$). En el estudio multivariante, el tratamiento con AINE fue la única variable que se asoció con la presencia de UPP [odds ratio = 3,6 (intervalo de confianza del 95% = 1,3-10); $p = 0,016$].

Conclusión: La prevalencia media de infección por *H. pylori* en los pacientes con UPP es, globalmente, de sólo el 60% aproximadamente, lo que contrasta con el 90-100% generalmente observado en la UP no complicada. No obstante, el factor patogénico más importante identificado en las UPP *H. pylori*-negativas es el consumo de AINE, y si este antecedente se excluye la prevalencia de infección es de casi el 90%, una cifra muy similar a la descrita en la UP complicada.

INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* Y FACTORES GENÉTICOS DEPENDIENTES DEL HUÉSPED. INFLUENCIA EN EL DESARROLLO DE CÁNCER GÁSTRICO

M. A. García González^a, M. Strunk^a, R. Benito^b, S. Santolaria Piedrafita^c, E. Piazuelo Ortega^a, P. Jiménez Molinos^a, C. Pascual^d, P. Félez Gerona^d, M. A. Simón^d, E. Quintero^e y A. Lanás Arbeloa^d

^aUnidad Mixta de Investigación Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza, ^bDepartamento de Microbiología facultad de Medicina y Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza, ^cServicio de Digestivo Hospital San Jorge. Huesca, ^dServicio de Digestivo Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza, ^eServicio de Digestivo Hospital universitario de la Laguna. Tenerife.

El cáncer de estómago es una patología compleja resultado de la interacción de factores ambientales y de factores dependientes del propio huésped. Recientemente se ha descrito la asociación de determinadas variantes alélicas de polimorfismos localizados en los genes de *IL-1B* (*IL-1B-511T*), *IL-1RN* (*IL-1RN*2/*2*) y *TNF-A* (*TNF-A-308A*) con un mayor riesgo de desarrollar cáncer gástrico.

Objetivo: De nuestro estudio fue analizar esta asociación en una población española de pacientes con cáncer de estómago mediante el estudio de ciertos polimorfismos funcionales localizados en los genes de la *IL-1B*, *IL-1RN*, *TNF-A* y *TGF-B1*.

Material y métodos: ADN genómico procedente de 100 pacientes con cáncer gástrico y 339 individuos sanos sin síntomas gastrointestinales fue tipado mediante técnicas de PCR, RFLP y Taq-Man para el estudio de los polimorfismos del gen de la *IL-1B* en las posiciones -511 y +3954, el polimorfismo VNTR localizado en el intron 2 del gen de la *IL-1RN*, el polimorfismo -308 del gen *TNF-A* y los polimorfismos localizados en las posiciones +869 (codon 10) y +915 (codon 25) del gen *TGF-B1*. El estatus de infección por *H. pylori* y de anticuerpos CagA/VacA se realizó mediante Western blot en un subgrupo de pacientes y controles emparejados por edad y sexo.

Resultados: La prevalencia de infección por *H. pylori* fue similar en pacientes con cáncer gástrico (80%) y en controles (81,1%). Tampoco se observaron diferencias significativas en la prevalencia de infección por cepas CagA+ y VacA+ en pacientes (83,7% y 72,2% respectivamente) y en controles (78,4% y 67,5%). Con relación a los polimorfismos estudiados, no se observaron diferencias significativas en la distribución de genotipos y frecuencias alélicas entre controles y pacientes. La frecuencia de la combinación simultánea de los genotipos *IL-1B-511T* y *IL-1RN*2/*2*, descrita como un factor de riesgo de cáncer gástrico, fue prácticamente idéntica en el grupo de pacientes con cáncer de estómago (7,5%) y en los controles (7,2%). Por último, tampoco se encontraron diferencias cuando se analizaron los polimorfismos en función del sexo, la edad, localización del tumor, tipo histológico, historia previa de úlcera péptica e historia familiar de cáncer gástrico.

Conclusiones: Nuestros datos muestran que los polimorfismos de *IL-1B*, *IL-1RN*, *TNF-A* y *TGF-B1* no están implicados en la susceptibilidad al desarrollo de cáncer gástrico. Ni la infección por *H. pylori* ni por cepas CagA+ / VacA+ aumentan el riesgo de cáncer gástrico en una población con una alta prevalencia de infección por *H. pylori*.

¿LA ERRADICACIÓN DEL *HELICOBACTER PYLORI* PREVIENE LA APARICIÓN DE ÚLCUS PÉPTICO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON AINES?

X. Calvet Calvo*, M. Vergara Gómez* y J. Pérez Gisbert**

*Unitat de Malalties Digestives Consorci Parc Taulí. Sabadell,

**Servicio de Digestivo Hospital de la Princesa. Madrid.

La erradicación del *Helicobacter pylori* (*Hp*) y la toma de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son dos factores de riesgo independientes para la aparición de úlcus péptico. Sin embargo, resulta controvertido si, en pacientes que precisan AINE crónico sin antecedentes ulcerosos la erradicación de *Hp* previene la aparición de úlcus péptico.

Objetivo: Evaluar mediante meta-análisis si los pacientes que precisan AINE y son *Hp* positivos se benefician del tratamiento erradicador.

Material y métodos: Se realizó una búsqueda en MEDLINE y se incluyeron los términos:(NSAID OR non-steroidal anti-inflammatory drugs) AND (*Helicobacter pylori*) limitado a estudios aleatorizados. Los criterios de inclusión de los estudios fueron: 1) Estudios aleatorizados, 2) Que incluyeran pacientes *Hp* positivo, 3) Que aleatorizaran los pacientes al menos a dos ramas de tratamiento; í erradicación de *Hp* + AINE (E+A) vs. no erradicación + AINE (NoE+A)? o í erradicación de *Hp* + AINE + inhibidor de la bomba de protones (IBP) (E+A+IBP) vs No erradicación + AINE + IBP (NoE+A+IBP) y 4) Que los pacientes tuvieran una gastroscopia inicial sin úlcus péptico. Se analizó la tasa de úlcus péptico al final del seguimiento. El análisis estadístico se realizó mediante el programa Review Manager 4.2. Se calculó la Peto Odds Ratio y el intervalo de confianza del 95% para cada una de las comparaciones.

Resultados: Se incluyeron cinco estudios con un total de 938 pacientes que comparaban E+A vs. NoE + A. La tasa de aparición de úlcus péptico en el grupo NoE + A fue de 75/478 (15,7%) vs. 42/460 (9,1%) en el grupo E + A por intención de tratar. Peto Odds Ratio 0,52 (IC95%; 0,34-0,79). El análisis por protocolo sólo pudo realizarse en cuatro estudios con un total de 465 pacientes. Los resultados fueron similares con 71/234 (30,3%) en el grupo No E + A vs. 46/231 (19,9%) en el grupo E + A: Peto OR: 0,54(95%CI; 0,35-0,84). Dos estudios con 385 pacientes analizaron E + A +IBP vs NoE + A + IBP. Sólo fue posible evaluar los resultados por intención de tratar. La tasa de úlcus péptico fue 5/196 (2,6%) en el grupo E + A + IBP vs. 0/189 (0%) en el grupo NoE + A + IBP. Peto OR 7,43 (1,27-43,64).

Conclusión: En pacientes en tratamiento con AINE e infección por *Helicobacter pylori* la erradicación reduce el riesgo de úlcus péptico. Sin embargo, parece que tras la erradicación, los inhibidores de la bomba de protones podrían ser menos

METAANÁLISIS DEL EFECTO DE LA ERRADICACIÓN DE *H. PYLORI* SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA RECIDIVA HEMORRÁGICA POR ÚLCERA PÉPTICA (UP)

J. Gisbert^a, S. Khorrami^a, F. Carballo^b, X. Calvet^c, E. Gene^d, J. Domínguez-Muñoz^e y J. Pajares^a

^aDigestivo Hospital de la Princesa. Madrid, ^bDigestivo Hospital de Guadalajara. Guadalajara, ^cDigestivo Corporació Parc Taulí. Barcelona, ^dMedicina Hospital de Sabadell. Barcelona,

^eDigestivo Hosp. Clínico Universitario. Santiago de Compostela.

Objetivo: 1) Comparar la eficacia del tratamiento erradicador de *H. pylori* frente al tratamiento antisecreto no erradicador sobre la prevención de la recidiva hemorrágica por UP y 2) Realizar un análisis de coste-efectividad evaluando 3 estrategias diferentes para la prevención de la recidiva hemorrágica.

Métodos: Estrategia de búsqueda: Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, lista de referencias de artículos y varios congresos hasta marzo de 2003. Criterios de selección: ensayos clínicos controlados comparando la eficacia del tratamiento erradicador frente al tratamiento antisecreto no erradicador sobre la prevención de la recidiva hemorrágica por UP. Recogida de datos y análisis: extracción de datos y evaluación de la calidad por 2 revisores.

Resultados: En el primer metaanálisis se incluyeron 6 estudios (355 pacientes): la tasa media de recidiva hemorrágica en el grupo de tratamiento erradicador fue del 4,5% (IC95%= 2,4-8%), y del 23,7% (17-30%) en el grupo de tratamiento no erradicador sin posterior prescripción de antisecretores de mantenimiento (OR = 0,18, 0,09-0,37; resultados homogéneos; NNT = 5). En el segundo metaanálisis se incluyeron 3 estudios (470 pacientes): la tasa media de recidiva hemorrágica en el grupo de tratamiento erradicador fue del 1,6% (0,6-3,9%), y del 5,6% (2,5-8,7%) en el grupo de tratamiento no erradicador que recibió tratamiento antisecreto de mantenimiento (OR = 0,25, 0,08-0,76; resultados homogéneos; NNT = 20). En el análisis de coste-efectividad, la estrategia de diagnosticar la infección por *H. pylori* y erradicarla fue la más favorable. El ahorro por paciente fue de 500-1890 comparado con el tratamiento de mantenimiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP), y de 323-899 comparado con la ausencia de tratamiento.

Conclusiones: El tratamiento de la infección por *H. pylori* es más efectivo que el tratamiento antisecreto no erradicador (ya sea con o sin antisecretores de mantenimiento) para prevenir la recidiva hemorrágica por UP. La estrategia de diagnosticar la infección por *H. pylori* en pacientes con un episodio previo de hemorragia digestiva por UP y erradicarla si se detecta es considerablemente más coste-eficiente que la administración de tratamiento de mantenimiento con IBP o que la ausencia de tratamiento.

PRODUCCIÓN CIENTÍFICA ESPAÑOLA RELACIONADA CON *H. PYLORI*. UN ESTUDIO A TRAVÉS DE MEDLINE

M. Trapero, J. Gisbert y J. Pajares

Digestivo Hosp. de la Princesa. Madrid.

Objetivos: Analizar la producción científica procedente de hospitales españoles en relación con la infección por *Helicobacter pylori*.

Métodos: Se seleccionaron los artículos recogidos en la base de datos MedLine entre enero de 1988 y agosto de 2003. La estrategia de búsqueda utilizada fue: "*Helicobacter pylori*" [MeSH] AND ((Spain [AD] OR España [AD] OR Spanien [AD] OR Espagne [AD] OR Espanha [AD]) OR (Spanish [LA] OR Spain)). Se analizaron las siguientes variables: área geográfica, publicación española o extranjera, área temática del artículo y año de publicación. Se evaluaron también los indicadores bibliométricos de producción y repercusión.

Resultados: Se identificaron inicialmente 690 artículos, de los cuales se excluyeron 241. El número de artículos publicados pasó de 2 en 1988 a 47 en 2002 y 12 en el primer semestre de 2003. Se publicó más en revistas españolas que en extranjeras (58% frente a 42%). En los primeros cinco años las áreas de mayor producción se relacionaron con el diagnóstico y la microbiología (33% y 20%, respectivamente), mientras que el tratamiento fue el área predominante en los últimos cinco años (27%). El documento más común fue el artículo original (69%). Los hospitales con mayor producción fueron el de la Princesa (24%) y Ramón y Cajal (17,6%) de Madrid y Parc Taulí de Barcelona (6,2%). El factor de impacto medio aumentó progresivamente desde 1,826 en 1988 hasta 2,142 en 2002 y 2,337 en el primer semestre de 2003.

Conclusiones: La producción y repercusión de los documentos publicados por científicos españoles en relación con la infección por *H. pylori* se ha incrementado considerablemente en las dos últimas décadas.

TERAPIA DE RESCATE DE *H. PYLORI* CON RANITIDINA CITRATO DE BISMUTO (RCB) Y DOS ANTIBIÓTICOS

J. Gisbert, S. Marcos y J. Pajares

Digestivo Hosp. de la Princesa. Madrid.

Objetivo: Tras el fracaso erradicador de *H. pylori* habitualmente se emplea una terapia de rescate cuádruple con un inhibidor de la bomba de protones (IBP), bismuto, tetraciclina y metronidazol. Aunque relativamente eficaz, esta terapia requiere la administración

de 4 fármacos y tiene una posología compleja (bismuto y tetraciclina cada 6 horas, y metronidazol cada 8 horas). Nuestro objetivo fue evaluar la eficacia de una combinación de Rcb (en lugar del IBP más el bismuto) cada 12 horas junto con tetraciclina y metronidazol administrados conjuntamente cada 6 horas, como terapia de rescate.

Métodos: Se incluyeron prospectivamente pacientes en los que había fracasado un primer tratamiento erradicador con IBP-claritromicina-amoxicilina. Se administró un tratamiento durante 7 días con Rcb (400 mg/12 h), tetraciclina clorhidrato (500 mg/6h) y metronidazol (250 mg/6 h). La erradicación de *H. pylori* se confirmó mediante una prueba del aliento con ¹³C-urea al menos 4 semanas después de finalizar el tratamiento antibiótico. El cumplimiento se evaluó mediante el interrogatorio y la recuperación de la medicación residual.

Resultados: Se llevan incluidos hasta el momento 67 pacientes (71% con dispepsia funcional y 29% con úlcera péptica). Edad media 48 años, 35% varones, 26% fumadores. Seguimiento y pérdidas: todos los pacientes menos dos volvieron para el control del éxito o fracaso erradicador; de estos 66 pacientes, 63 completaron el tratamiento correctamente. La erradicación se alcanzó en el 73,1% (IC 95%, 61-82%) "por intención de tratar" y en el 74,2% (63-83%) "por protocolo". Se describieron efectos adversos en el 27% de los casos, siendo los más frecuentes las náuseas y el dolor abdominal. Únicamente un paciente suspendió precozmente el tratamiento por intolerancia al tratamiento (dolor abdominal, vómitos y diarrea).

Conclusión: La terapia de rescate triple durante 7 días con Rcb, tetraciclina y metronidazol (con ambos antibióticos administrados cada 6 horas) tiene una elevada eficacia en la erradicación de *H. pylori*, con la ventaja de ser un régimen sencillo (en comparación con la cuádruple terapia) y bien tolerado.

TERAPIA DE RESCATE EMPÍRICA TRAS EL FRACASO DE DOS TRATAMIENTOS ERRADICADORES FRENTE A *H. PYLORI*

J. Gisbert, S. Marcos, J. Legido y J. Pajares

Digestivo Hosp. de la Princesa. Madrid.

Objetivos: Incluso los tratamientos erradicadores de *H. pylori* más eficaces actualmente fracasan en aproximadamente un 20% de los pacientes. Se han recomendado diversos tratamientos de rescate, pero éstos fracasan igualmente en un 20-30% de los casos. Nuestro objetivo fue evaluar la eficacia de diferentes terapias de rescate en aquellos pacientes en los que hubieran fracasado 2 intentos erradicadores consecutivos.

Métodos: Diseño: Estudio prospectivo unicéntrico. Pacientes: Pacientes consecutivos en los que hubieran fracasado 2 tratamientos erradicadores. Intervención: Los tratamientos de tercera línea fueron: 1) omeprazol-amoxicilina-claritromicina (7 días); 2) cuádruple terapia con omeprazol-bismuto-tetraciclina-metronidazol (7 días); 3) omeprazol-amoxicilina-claritromicina-bismuto (14 días); y 4) omeprazol-amoxicilina-rifabutina (14 días). La susceptibilidad antibiótica se desconocía y, por lo tanto, los tratamientos de rescate fueron prescritos empíricamente. En ningún caso se repitió el mismo régimen. Variable de resultado: La erradicación se definió como un test del aliento con ¹³C-urea negativo 4 semanas tras finalizar el tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 48 pacientes (85% con úlcera péptica y 18% con dispepsia funcional). No hubo pérdidas durante el seguimiento. Se describieron efectos adversos en el 21% de los pacientes. Un paciente tratado con omeprazol-amoxicilina-rifabutina no cumplió correctamente el tratamiento debido a la aparición de efectos adversos (vómitos). Globalmente, con el tercer tratamiento (tras el fracaso de dos previos) se logró la erradicación en 34/48 pacientes (71%; intervalo de confianza del 95%= 57-82%) "por intención de tratar", y en 34/47 (72%; 58-83%) "por protocolo".

Conclusión: La realización de cultivo bacteriano probablemente no sea necesaria incluso tras el fracaso de un segundo tratamiento erradicador, pues es posible emplear una estrategia "de rescate" relativamente eficaz basada en el tratamiento empírico. Se puede lograr

la erradicación de *H. pylori* en la práctica totalidad de los casos si se emplean empíricamente dos tratamientos erradicadores "de rescate" consecutivos.

TERAPIAS ERRADICADORAS DE *H. PYLORI* BASADAS EN ESOMEPRAZOL. REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

J. Gisbert y J. Pajares

Digestivo Hosp. de la Princesa. Madrid.

Objetivo: Realizar una revisión sistemática de la eficacia de las terapias erradicadoras de *H. pylori* basadas en esomeprazol y efectuar un metaanálisis comparando la eficacia de esomeprazol frente a otros inhibidores de la bomba de protones (IBP) cuando se administran junto con antibióticos.

Métodos: Se consideraron todos los estudios que combinaban esomeprazol junto con antibióticos. En el metaanálisis se incluyeron aquellos estudios aleatorizados en los que se comparaba esomeprazol frente a otro IBP, ambos asociados a los mismos antibióticos y a las mismas dosis. Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos electrónicas, así como una búsqueda manual incluyendo comunicaciones a diversos congresos. Se calculó el porcentaje (media ponderada) de pacientes con éxito erradicador. Se realizó un metaanálisis combinando las *Odds Ratios* (OR) de los estudios individuales en una OR global.

Resultados: Las tasas medias de erradicación con las pautas duales (esomeprazol y claritromicina) fueron del 51% y 54%, respectivamente "por protocolo" (PP) y "por intención de tratar" (ITT). Las tasas de erradicación obtenidas con las triples terapias basadas en esomeprazol (junto con claritromicina y amoxicilina o metronidazol) fueron del 82% (PP) y del 86% (ITT). En el metaanálisis se incluyeron 4 estudios que comparaban esomeprazol frente a otros IBP: la tasa media de erradicación (ITT) con esomeprazol más antibióticos fue del 85%, y del 82% cuando se empleó omeprazol (OR = 1,19; IC 95%, 0,81 a 1,74), siendo los resultados estadísticamente homogéneos. Al efectuar subanálisis incluyendo únicamente los estudios de alta calidad, el valor de la OR se aproximó más a la unidad (1,08; IC 95%, 0,4 a 1,47) y los resultados fueron más homogéneos.

Conclusión: Esomeprazol, cuando se prescribe junto con dos antibióticos, tiene una eficacia erradicadora de *H. pylori* similar a la de omeprazol.

TRATAMIENTO DE RESCATE CON RIFABUTINA TRAS MÚLTIPLES FRACASOS ERRADICADORES DE *H. PYLORI*

J. Gisbert*, L. Bujanda**, X. Calvet***, S. Marcos* y J. Pajares*

Digestivo Hosp. de la Princesa. Madrid, **Digestivo Hosp. San Elroy. Baracaldo, *Digestivo Corporació Parc Taulí. Barcelona.*

Objetivo: La combinación de omeprazol, claritromicina y amoxicilina (OCA) es ampliamente utilizada para tratar la infección por *H. pylori*, aunque fracasa en un considerable número de pacientes. En dichos casos se recomienda una terapia cuádruple con omeprazol, bismuto, tetraciclina y metronidazol (OBTM) o ranitidina citrato de bismuto junto con esos mismos antibióticos (RTM), aunque fracasa en ? 20% de los casos. Nuestro objetivo fue evaluar la eficacia y la seguridad de un régimen basado en rifabutina tras dos fracasos consecutivos en la erradicación de *H. pylori*.

Métodos: Diseño: Estudio multicéntrico prospectivo. Pacientes: 33 pacientes consecutivos en los que había fracasado un primer tratamiento con OCA y un segundo con OBTM (9 pacientes) o RTM (24 pacientes). Criterios de exclusión: cirugía gástrica previa. Intervención: se administró un tercer tratamiento erradicador con rifabutina (150 mg/12 h), amoxicilina (1 g/12 h) y omeprazol (20 mg/12 h) durante 14 días. Todos los fármacos se administraron juntos, después del desayuno y de la cena. El cumplimiento se evaluó mediante interrogatorio y recuperación de la medicación residual. Variable de resultado: la erradicación de *H. pylori* se definió como la negatividad de la prueba del aliento con ¹³C-urea dos meses después de finalizar el tratamiento.

Resultados: Por el momento se llevan incluidos 33 pacientes. La edad media fue de 59 años, el 51% eran varones, el 52% tenían úlcera péptica y el 48% dispepsia funcional. Todos los pacientes menos uno tomaron la medicación correctamente. Las tasas de erradicación, "por protocolo" y "por intención de tratar", fueron del 72% (IC 95%= 55-85%) y del 70% (IC 95%= 53-83%), respectivamente. Se describieron efectos adversos en 9 pacientes (27%), incluyendo dolor abdominal (3 pacientes), náuseas y vómitos (1 paciente), diarrea (1 paciente), estomatitis (1 paciente), fiebre/mialgias (2 pacientes) y candidiasis oral (1 paciente). Un paciente tuvo que abandonar el tratamiento debido a los efectos adversos (vómitos). Cuatro pacientes presentaron neutropenia y/o trombopenia, que se resolvió espontáneamente tras la finalización del tratamiento.

Conclusión: El tratamiento de "rescate" con rifabutinina constituye una prometedora alternativa tras el fracaso de múltiples terapias erradicadoras conteniendo antibióticos clave como amoxicilina, claritromicina, metronidazol y tetraciclina. Aunque este régimen se ha asociado con una incidencia de efectos adversos relativamente elevada, éstos han sido leves.

Esófago-Estómago-Duodeno: Antiinflamatorios no esteroideos, hemorragia digestiva, endoscopia y ecoendoscopia

COMPARACIÓN ENTRE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS TELEFÓNICAMENTE O MEDIANTE CORREO CONVENCIONAL SOBRE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL

A. Sánchez del Río García, O. Alarcón Fernández y J. S. Baudet Arteaga

Aparato digestivo Red Hospiten en Tenerife. Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: La satisfacción de los pacientes con la asistencia recibida se ha convertido en uno de los parámetros centrales en el control de calidad de las actuaciones médicas. Algún autor ha encontrado diferencias en las encuestas realizadas mediante correo convencional o por vía telefónica, lo que podría dificultar la comparación entre centros (benchmarking). Sin embargo, no existen estudios controlados y aleatorizados al respecto.

Objetivos: Comparar los resultados de una encuesta de satisfacción en endoscopia previamente validada al castellano (GHAA-9) realizada mediante cuestionario telefónico o por correo.

Pacientes y métodos: 1200 pacientes consecutivos remitidos para una endoscopia gastrointestinal fueron aleatorizados para responder el cuestionario de satisfacción (GHAA-9) por correo convencional o mediante entrevista telefónica. Se compararon los resultados de las siete cuestiones sobre satisfacción, la puntuación global del cuestionario, el porcentaje de pacientes que puntuaban "excelente" para cada una de estas cuestiones y las respuestas de las dos preguntas de aceptabilidad.

Resultados: Los dos grupos eran similares en cuanto a edad, procedencia, sexo y tipo de endoscopia. 269 de 603 pacientes devolvieron el cuestionario por correo y 267 de 597 contestaron el cuestionario telefónico ($p = ns$). Las puntuaciones obtenidas en las 7 cuestiones, la puntuación total del cuestionario y el porcentaje de pacientes que puntuaban excelente para cada una de las cuestiones eran significativamente superiores ($p < 0,0001$) en los cuestionarios realizados por correo. No habían diferencias en las preguntas de aceptabilidad.

Conclusión: Los resultados de las encuestas sobre satisfacción llevadas a cabo telefónicamente o por correo no son comparables, lo que ha de tenerse en cuenta a la hora de realizar estudios multicén-

tricos o comparar resultados entre diferentes centros. Las encuestas llevadas a cabo mediante correo convencional reflejan mayor satisfacción de los enfermos.

COORDINACIÓN DIGESTIVO - ATENCIÓN PRIMARIA: ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA DE 20 AÑOS EN UN ÁREA SANITARIA

L. López Rivas

Digestivo Hospital San Agustín. Aviles. Dr. Laureano López Rivas en representación de "Grupo Atención Primaria - Digestivo AVILES".

Introducción: A pesar de un Marco legal adecuado no se ha desarrollado la coordinación entre Digestivo y A. Primaria salvo experiencias aisladas, con frecuencia discontinuas y de corta duración. En el Área de Avilés, desde 1983 se ha desarrollado una relación continuada entre los dos niveles, creándose una serie de instrumentos de coordinación, cuyo conocimiento puede ser de utilidad para otros Profesionales de Digestivo y A. Primaria.

Objetivos: 1) Analizar el proceso de Coordinación en el Área de Avilés y 2) Valoración de los métodos e instrumentos utilizados y su posible aplicabilidad a otras realidades asistenciales.

Métodos: Análisis de la realidad asistencial de nuestra Área: 1) Recursos Sanitarios y datos de actividad asistencial en A. Primaria y en Digestivo, 2) Exposición y análisis del proceso de coordinación y 3) Análisis de los métodos e instrumentos utilizados y su impacto en la coordinación y calidad asistencial.

Resultados: 1) Los datos de recursos y actividad asistencial demuestran una gran sobrecarga asistencial en los dos niveles, sobre todo en A. Primaria, homogénea en Digestivo y con grandes diferencias en A. Primaria, dependiendo básicamente de la ubicación urbana o rural de los Centros de Salud, 2) La demanda asistencial de Digestivo está condicionada en su mayor parte por A. Primaria y 3) Desde 1983 ha habido una relación continuada y sistemática de Digestivo con A. Primaria que se ha traducido fundamentalmente en: A) Horario de trabajo compartido, B) Grupo de trabajo estable, C) Jornadas de Digestivo en A. Primaria en 1985, 1990 y 1995, D) Rotación de 5 ó 6 médicos de A. Primaria, durante un mes, por Digestivo, E) Elaboración consensuada de protocolos, hojas informativas y modelos de solicitud de Endoscopias, Cta. de Alta Resolución y solicitud de prueba de aliento para H. Pylori, F) Trabajos de investigación clínica conjuntos y G) Inclusión la coordinación en la Cartera de Servicios, Objetivos de Calidad y Contrato Programa.

Conclusiones: 1) La Coordinación de Digestivo en la A. Primaria es difícil pero, necesaria y posible tal como demuestra nuestra experiencia, 2) Existe una serie de métodos e instrumentos útiles y trasladables a otras Áreas asistenciales, fundamentalmente: A) Tiempo de trabajo compartido, B) Elaboración de forma consensuada de protocolos, hojas informativas para pacientes, hojas de solicitud de endoscopias y consulta de alta resolución, etc., C) Rotación de los médicos de A. Primaria por el Hospital y D) Grupo de trabajo estable, A. Primaria y Digestivo y 3) La coordinación entre los dos niveles debería convertirse en una prioridad para los profesionales de Digestivo, A. Primaria y sobre todo para las Autoridades Sanitarias y las Sociedades Científicas.

¿CUÁL ES LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA SEDACIÓN EN LAS UNIDADES DE ENDOSCOPIA DE GALICIA?

J. Cubiella Fernández^a, A. Lanco Seco^b, A. I. Echarri Puido^c, J. L. Ulla Rocha^d y J. J. Fernández Seara^a

^aDigestivo Chou. Ourense, ^bDigestivo Xeral-Calde. Lugo, ^cDigestivo Arquitecto Macide. Ferrol, ^dDigestivo Chop. Pontevedra. Sociedad Gallega de Patología Digestiva.

Introducción: El control del dolor y de los síntomas adversos asociados a las endoscopias es una demanda constante tanto por parte de los pacientes, como por los profesionales y las instituciones sanitarias. Sin embargo, la sedación en endoscopia se asocia a un incremento de la morbilidad.