Gastroenterología y Hepatología 46 (2023):S162

Gastroenterología y Hepatología

https://www.elsevier.es/gastroenterologia

130 - COMPARACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS ERRADICADORES MÁS FRECUENTES ENTRE LAS POBLACIONES MÁS MAYORES Y MÁS JÓVENES DE EUROPA: DATOS DEL REGISTRO EUROPEO SOBRE EL MANEJO DE LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* (HP-EUREG)

Paulius Jonaitis[1], Olga P. Nyssen[2], Ilaria Maria Saracino[3], Giulia Fiorini[3], Dino Vaira[3], Ángeles Pérez-Aísa[4], Bojan Tepes[5], M. Castro-Fernández[6], Manuel Pabón-Carrasco[6], Alma Keco-Huerga[6], Irina Voynovan[7], Alfredo J Lucendo[8], Ángel Lanas[9], Samuel J Martínez-Domínguez[9], Enrique Alfaro Almajano[9], Luis Rodrigo[10], Ludmila Vologzanina[11], Natasa Brglez Jurecic[12], Maja Denkovski [12], Luis Bujanda[13], Umud Mahmudov[14], Mrcis Leja[15], Frode Lerang[16], Gülüstan Babayeva[17], Dmitry S. Bordin[18], Antonio Gasbarrini[19], Juozas Kupcinskas[20], Oleksiy Gridnyev[21], Theodore Rokkas[22], Ricardo Marcos-Pinto[23], Perminder S. Phull[24], Sinead M. Smith[25], Ante Tonki[26], Doron Boltin[27], György Miklós Buzás[28], Lumír Kunovský[29], Halis imek[30], Tamara Matysiak-Budnik[31], Vladimir Milivojevic[32], Wojciech Marlicz[33], Marino Venerito[34], Lyudmila Boyanova[35], Michael Doulberis[36], Lisette G. Capelle[37], Anna Cano-Català[38], Leticia Moreira[39], Francis Mégraud[40], Colm O'Morain[25], Javier P. Gisbert[2] y Laimas Jonaitis[1]

[1]Department of Gastroenterology, Lithuanian University of Health Sciences, Kaunas, Lituania.[2]Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-Princesa), Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Universidad Autónoma de Madrid.[3]Department of Surgical and Medical Sciences, IRCCS S. Orsola, University of Bologna, Italia.[4]Agencia Sanitaria Costa del Sol, Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC), Marbella.[5]Department of Gastroenterology, AM DC Rogaska, Slatina, Eslovenia. [6]Department of Gastroenterology, Hospital de Valme, Sevilla.[7]Department of Gastroenterology, A.S. Loginov Moscow Clinical Scientific Center, Moscú, Rusia.[8]Department of Gastroenterology, Hospital General de Tomelloso.[9]Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.[10]Gastroenterology Unit, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.[11]Department of Gastroenterology, Gastrocentr, Perm, Rusia.[12]Department of Gastroenterology, Interni Oddelek, Diagnostic Centre, Bled, Eslovenia.[13]Hospital Donostia, Instituto Biodonostia, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Universidad del País Vasco (UPV/EHU), San Sebastián.[14]Modern Hospital, Baku, Azerbaiyán.[15] Department of Gastroenterology, Digestive Diseases Centre Gastro, Institute of Clinical and Preventive Medicine and Faculty of Medicine, University of Latvia, Riga, Letonia.[16]Department of Gastroenterology, Østfold Hospital Trust, Grålum, Noruega.[17] Memorial Klinik, Bakú, Azerbaiyán.[18]Department of Gastroenterology, A.S. Loginov Moscow Clinical Scientific Center, A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Tver State Medical University, Tver, Rusia.[19]Medicina Interna, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Italia.[20]Department of Gastroenterology, Lithuanian University of Health Sciences, Kaunas, Lituania.[21]L.T. Malaya Therapy, National Institute of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kyiv, Ucrania.[22]Department of Gastroenterology, Henry Dunant Hospital, Athens, Grecia.[23]Department of Gastroenterology, Centro Hospitalar do Porto Institute of Biomedical Sciences Abel Salazar, Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, University of Porto, Portugal.[24] Department of Gastroenterology, Aberdeen Royal Infirmary, Aberdeen, Reino Unido.[25]Faculty of Health Sciences, Trinity College Dublin, Irlanda.[26]Department of Gastroenterology, University Hospital of Split, University of Split School of Medicine, Split, Croacia.[27]Division of Gastroenterology, Rabin Medical Center, Sackler School of Medicine, Tel Aviv University, Tel Aviv, Israel.[28] Department of Gastroenterology, Ferencváros Health Centre, Budapest, Hungría.[29]Department of Gastroenterology and Internal Medicine, Department of Surgery, University Hospital Brno, Faculty of Medicine, Masaryk University, Brno, República Checa.[30] Division of Gastroenterology and Hepatology, Hacettepe University School of Medicine, Ankara, Turquía.[31]Department of Gastroenterology, CHRU de Nantes, Hôpital Hôtel Dieu, Nantes, Francia.[32]Department of Gastroenterology, Clinical Center of Serbia, University of Belgrade School of Medicine, Belgrado, Serbia.[33]Department of Gastroenterology, Pomeranian Medical University, Szczecin, Polonia.[34]Department of Gastroenterology, Otto-von-Guericke University, Magdeburg, Alemania.[35] Department of Gastroenterology, Medical Microbiology, Medical University of Sofia, Bulgaria.[36]Division of Gastroenterology and Hepatology, Medical University Department, Kantonsspital Aarau, Aarau, Suiza.[37]Department of Gastroenterology, Meander Medical Center, Amersfoort, Países Bajos.[38]GOES research group, Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa.[39] Department of Gastroenterology, Hospital Clínic Barcelona, Centro de Investigación Biomédica en Red en Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), IDIBAPS (Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer), University of Barcelona.[40]INSERM U1312, Université de Bordeaux, Francia.

Resumen

Introducción: La prevalencia de *Helicobacter pylori* es alta, especialmente en la población más mayor, en la que la efectividad del tratamiento podría ser diferente. Este estudio comparó la efectividad de los tratamientos en la población europea más mayor frente a los más jóvenes.

Métodos: Registro sistemático, prospectivo de la infección por *H. pylori* de los casos recogidos en AEG-REDCap entre 2013-2022. Se estudiaron dos grupos: mayores (≥ 60 años) y no mayores (18-59 años). La efectividad se analizó por intención de tratar modificada (mITT) y por protocolo (PP).

Resultados: Se incluyeron 49.461 pacientes, siendo 14.467 (29%) mayores, y la ingesta de medicación concomitante más frecuente entre estos. En primera línea de tratamiento, los mayores recibieron más prescripciones de 7 y 10 días; y los no mayores, más de 14 días (p 0,05). En segunda línea, los mayores recibieron más dosis bajas de IBP; y los no mayores más dosis altas (p 0,05). La efectividad terapéutica global (mITT) de primera línea fue del 90% en los mayores, del 88% en los no mayores (p 90%) únicamente con tratamientos cuádruples con y sin bismuto. Hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en la efectividad de primera línea con: triple terapia estándar, cuádruple-claritromicina-amoxicilina-metronidazol o secuencial- claritromicina-amoxicilina-tinidazol; y de segunda línea con: cuádruple-claritromicina-amoxicilina- bismuto (tabla). La incidencia de efectos adversos fue significativamente menor en los mayores.

Comparación de la efectividad de los tratamientos más frecuentes de primera línea entre las poblaciones de mayores y no mayores

Tratamiento	No mayores (18-59 años)			Mayores (≥60 años)		
	Uso, N	PP % (IC 95%)	mITT % (IC 95%)	Use, N	PP % (IC 95%)	mITT % (IC 95%)
Triple IBP+C+A	10.540	87 (86-87)	86 (85-87)*	4.065	88 (87-89)	87 (86-89)*
Cuádruple IBP+C+A+M	4.199	90 (89-91)*	89 (88-90)*	1.940	91 (90-93)*	91 (90-92)*
Pylera® (cápsula única)	3.233	94 (93-95)	93 (92-94)	1.519	94 (93-95)	93 (92-95)
Cuádruple PPI+C+A+B	3.489	92 (91-93)	92 (91-93)	1.086	91 (89-93)	90 (88-92)
Secuencial C+A+T	1.291	90 (88-92)*	90 (88-91)*	623	94 (92-96)*	94 (91-96)*
Triple PPI+C+M	1.150	86 (84-88)	86 (83-88)	491	83 (79-86)	83 (79-86)

Comparación de la efectividad de los tratamientos más frecuentes de segunda línea entre las poblaciones de mayores y no mayores

Tratamiento	No mayores (18-59 años)			Mayores (≥60 años)		
	Uso, N	PP % (IC 95%)	mITT % (IC 95%)	Uso, N	PP % (IC 95%)	mITT % (IC 95%)
Triple IBP+A+L	1.422	83 (80-85)	82 (80-84)	524	80 (76-84)	80 (76-83)
Pylera® (cápsula única)	843	89 (87-91)	89 (86-91)	384	92 (89-95)	91 (88-94)
Cuádruple IBP+A+L+B	584	89 (86-92)	89 (86-91)	225	86 (80-91)	86 (80-91)
Triple IBP+C+A	323	78 (72-83)	78 (72-83)	102	84 (74-91)	84 (74-91)
Cuádruple IBP+C+A+M	234	84 (79-89)	84 (78-88)	91	86 (77-92)	86 (77-93)
Cuádruple IBP+C+A+B	229	91 (85-96)*	91 (85-95)*	66	79 (64-89)*	80 (66-90)*
Cuádruple IBP+M+Tc+B	224	86 (80-91)	84 (78-88)	101	87 (78-93)	88 (79-94)
Incidencia global de efectos adversos, n (%)	8.144 (25%)*			3.062 (23%)*		

PP – por protocolo; mITT – Intención de tratar modificado; IC 95% – intervalo de confianza al 95%; IBP – inhibidor de la bomba de protones; C – claritromicina; A – amoxicilina; M – metronidazol; B – bismuto; T – tinidazol; L – levofloxacino; Tc – tetraciclina; R – rifabutina; Mx – moxifloxacino; *Diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad, p<0,05.

Conclusiones: En Europa, no se observaron diferencias clínicamente relevantes en la efectividad de las terapias de primera y segunda línea entre ambos grupos de edad. Las terapias cuádruples con y sin bismuto lograron tasas de erradicación óptimas independientemente de la edad.

0210-5705/© 2023 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.