Gastroenterología y Hepatología 46 (2023):S161

Gastroenterología y Hepatología

https://www.elsevier.es/gastroenterologia

129 - EFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS FRENTE A *HELICOBACTER PYLORI* EN FUNCIÓN DE LAS RESISTENCIAS ANTIBIÓTICAS: RESULTADOS DEL REGISTRO EUROPEO SOBRE EL MANEJO DE LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* (HP-EUREG)

Luis Bujanda[1], Olga P. Nyssen[2], June Ramos[1], Dmitry S. Bordin[3], Bojan Tepes[4], Angeles Pérez-Aisa[5], Matteo Pavoni[6], Manuel Castro-Fernández[7], Frode Lerang[8], Marcis Leja[9], Luis Rodrigo[10], Theodore Rokkas[11], Juozas Kupcinskas[12], Laimas Jonaitis[12], Oleg Shvets[13], Antonio Gasbarrini[14], Halis Simsek[15], Perminder S Phull[16], Gyorgiy Miklós Buzás[17], Jose C. Machado[18], Doron Boltin[19], Lyudmila Boyanova[20], Ante Tonkic[21], Wojciech Marlicz[22], Marino Venerito[23], Ludmila Vologzanina[24], Galina D Fadieienko[25], Giulia Fiorini[6], Elena Resina[2], Raquel Muñoz[2], Anna Cano-Catalá[26], Ignasi Puig[27], Natalia García-Morales[28], Luis Hernández[29], Leticia Moreira[30], Francis Megraud[31], Colm O Morain[32] y Javier P. Gisbert[2]

[1]Departmento of Gastroenterology, Biodonostia Health Research Institute, CIBERehd, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Department of Medicine, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), San Sebastián. [2]Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-Princesa), Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Madrid. [3]Department of Pancreatic, Biliary and upper digestive tract disorders, A.S. Loginov Moscow clinical scientific center, Department of propaedeutic of internal diseases and gastroenterology, A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Department of outpatient therapy and family medicine, Tver State Medical University, Tver, Rusia.[4]Department of Gastroenterology, DC Rogaska, Slatina, Eslovenia. [5]Unidad de Digestivo, Hospital Costa del Sol, Redes de Investigación Cooperativa Orientada a Resultados en Salud (RICORS), Marbella. [6]Department of Medical and Surgical Sciences, IRCCS St, Orsola Polyclinic, University of Bologna, Italia. [7]Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Valme, Sevilla. [8]Department of Gastroenterology, Østfold Hospital Trust, Grålum, Noruega. [9]Gastro, Digestive Diseases Centre, Riga, Institute of Clinical and Preventive Medicine, University of Latvia, Riga, Letonia. [10]Gastroenterology, University of Oviedo. [11]Gastroenterology Clinic, Henry Dunant Hospital, Athens, Grecia. [12]Institute for Digestive Research and Department of Gastroenterology, Lithuanian University of Health Sciences, Kaunas, Lituania. [13]Department of Gastroenterology, Internal Medicine, National Medical University, Kyiv, Ucrania. [14]Medicina interna e Gastroenterologia, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Roma, Italia. [15]Department of Gastroenterology, Hacettepe University, Ankara, Department of Gastroenterology, HC International Clinic, Ankara, Turquía. [16]Department of Digestive Disorders, Aberdeen Royal Infirmary, Aberdeen, Reino Unido.[17]Gastroenterology, Ferencváros Health Center, Budapest, Hungría. [18]3S-Instituto de Investigação e Inovação em Saúde da Universidade do Porto, Ipatimup-Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto, Pathology, FMUP - Faculdade de Medicina do Porto, Portugal.[19] Division of Gastroenterology, Rabin Medical Center, PetahTikva, Sackler School of Medicine, Tel Aviv University, Tel Aviv, Israel.[20] Department of Medical Microbiology, Medical University of Sofia, Bulgaria.[21]Department of Gastroenterology, University Hospital of Split, Croatia. [22]Department of Gastroenterology, Pomeranian Medical University in Szczecin, The Centre for Digestive Diseases, Endoklinika, Szczecin, Polonia. [23]Department of Gastroenterology, Hepatology and Infectious Diseases, University Hospital of Magdeburg, Alemania. [24]Gastrocenter, Perm, Rusia. [25]L.T. Malaya Therapy National Institute of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kharkiv, Ucrania. [26]GOES research group, Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa.[27]Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa y Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya (UVicUCC), Manresa.[28] Complexo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI) y Galicia Sur Health Research Institute (IIS Galicia Sur), SERGAS-UVIGO, Vigo. [29]Unidad de Gastroenterología, Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero.[30]Hospital Clínic de 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.[31]INSERM U1312, Université de Bordeaux, Francia.[32]Trinity College Dublin, Irlanda.

Resumen

Objetivos: Evaluar la efectividad terapéutica de primera línea y de rescate frente a *H. pylori* en Europa según la resistencia antibiótica.

Métodos: Registro multicéntrico sobre el manejo de *H. pylori* (Hp-EuReg). Se incluyeron todos los pacientes adultos diagnosticados con cultivo registrados en AEG-REDCap e-CRD entre 2013-2021. Se analizó la efectividad por protocolo en función de la presencia/ausencia de resistencia bacteriana a los diferentes antibióticos.

Resultados: Se analizaron 2.852 pacientes *naïve* con resultado del cultivo, presentando resistencia a claritromicina, metronidazol y quinolonas en el 22%, 27% y 18% de los casos, respectivamente. Los tratamientos más eficaces (> 90%) en pacientes *naïve*, con y sin resistencias, fueron la cuádruple con bismuto-metronidazol-tetraciclina (incluyendo Pylera®), la cuádruple con bismuto-claritromicina-amoxicilina y la cuádruple con claritromicina- amoxicilina-metronidazol (ésta última exclusivamente en casos resistentes a levofloxacino). Otras prescripciones frecuentes como la triple con claritromicina-amoxicilina, triple con metronidazol-amoxicilina, o secuencial con metronidazol, no consiguieron resultados óptimos. Se analizaron 1,118 pacientes no *naïve*, presentando resistencia a claritromicina, metronidazol y levofloxacino en el 41%, 40% y 20% de los casos, respectivamente. Ningún esquema consiguió tasas de erradicación óptimas en pacientes sensibles o resistentes; aunque Pylera® (86%) y la triple terapia con amoxilicina-levofloxacino (87%) se aproximaron (tabla).

Tabla: Impacto de las resistencias bacterianas a diferentes antibióticos en la efectividad por protocolo de los tratamientos más frecuentes de primera línea y rescates (de 2ª a 6ª línea) en Europa.

Terapias más frecuentes 1ª línea, N= 2.852casos	Sin resistencia				R claritromicina				R metronidazol				R levofloxacino			
	E	N	% E	IC 95%	E	N	% E	95% CI	E	N	% E	95% CI	E	N	% E	95% CI
Global	1.159	1.235	94%	(92-95)	537	627	86%	(83-88)	660	759	87%	(84-89)	454	503	90%	(88-93)
Secuencial-IBP+C+A+T	526	556	95%	(93-97)	271	311	87%	(83-91)	314	351	89%	(86-93)	293	316	93%	(90-96)
Triple-IBP+C+A	255	270	94%	(92-97)	9	12	75%	(43-95)	146	166	88%	(83-93)	39	47	83%	(71-95)
Triple-IBP+A+M	163	185	88%	(83-93)	24	30	80%	(61-92)	6	7	86%	(42-100)	7	7	####	(59-100)
Triple-IBP+A+Rf	NA	NA	NA	NA	13	14	93%	(66-100)	14	16	88%	(62-98)	16	19	84%	(60-97)
Secuencial-IBP+C+A+M	28	30	93%	(78-99)	18	24	75%	(53-90)	14	25	56%	(35-77)	5	6	83%	(36-100)
Híbrida-IBP+C+A+M	36	37	97%	(86-100)	31	40	78%	(63-92)	15	22	68%	(45-86)	6	7	86%	(42-100)
[1]Cuádruple-IBP+C+A+M/T	68	71	96%	(88-99)	43	50	86%	(75-97)	39	45	87%	(76-98)	30	32	94%	(79-99)
Cuádruple-IBP+C+A+B	16	17	94%	(71-100)	9	10	90%	(55-100)	16	17	94%	(71-100)	9	13	69%	(39-91)
[2]Cuádruple-IBP+M+Tc+B	42	42	100%	(92-100)	54	58	93%	(83-98)	40	44	91%	(78-97)	43	45	96%	(85-99)
Terapias más frecuentes de rescate (2ª a 6ª línea), N= 1.118 casos																
Global	639	777	82%	(79-85)	460	549	84%	(81-87)	373	463	81%	(77-84)	218	270	81%	(76-86)
Secuencial-IBP+C+A+T	19	22	86%	(65-97)	15	23	65%	(44-87)	16	23	70%	(47-87)	12	15	80%	(52-96)
Triple-IBP+A+L	29	34	85%	(67-95)	178	202	88%	(83-93)	127	148	86%	(80-92)	11	13	85%	(55-98)
Triple-IBP+A+M	8	9	89%	(52-100)	23	26	88%	(70-98)	1	1	100%	(1.3-99)	10	12	83%	(52-98)
Triple-IBP+A+Rf	4	8	50%	(16-84)	126	151	83%	(77-90)	114	139	82%	(75-89)	114	133	86%	(79-92)
[1]Cuádruple-IBP+C+A+M/T	3	3	100%	(29-100)	7	13	54%	(25-81)	9	15	60%	(82-84)	13	17	76%	(50-93)
[2]Cuádruple-IBP+M+Tc+B	16	16	100%	(79-100)	78	91	86%	(78-93)	66	81	81%	(72-91)	46	56	82%	(72-93)

E – erradicación (número de pacientes curados), R – resistencia, N – total de pacientes con resistencia bacteriana, IC – intervalo de confianza, NA – no aplica, IBP – inhibidor bomba de protones, C – claritromicina, A – amoxicilina, M – metronidazol, L – levofloxacin, B – bismuto, Tc – tetraciclina, T – tinidazol, Rf – rifabutina. [1]Cuádruple concomitante, [2]Incluye la administración clásica y en cápsula única.

Conclusiones: En regiones donde *H. pylori* presenta tasas altas de resistencia antibiótica, el tratamiento cuádruple con bismuto es la mejor opción, tanto en pacientes *naïve* como no *naïve*. Otras alternativas de primera línea son las cuádruples con claritromicina-amoxicilina- metronidazol o claritromicina-amoxicilina-bismuto.

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