Gastroenterología y Hepatología 47 (2024):S135

Gastroenterología y Hepatología

https://www.elsevier.es/gastroenterologia

P-103 - 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], Ilaria Maria Saracino[3], Frode Lerang[4], Sotirios D Georgopoulos[5], Bojan Tepes[6], Doron Boltin[7], György Miklós Buzás[8], Irina Voynovan[9], Giuseppe Losurdo[10], Nayden Marinov Kandilarov[11], Galina Tarasova[12], Igor Bakulin[13], Antonio Mestrovic[14], Vladimir Milivojevic[15], Antonio Cuadrado[16], Maja Denkovski[17], Thomas J. Butler[18], F. Rancel Medina[19,19], Javier Tejedor-Tejada[20], Ian L. P. Beales[21], W. Soub Defeu[22], Petra Kojaíková[23], Rustam Abdulkhakov[24], Montserrat Planella[25], Anna Cano-Català[26], Luis Hernández[27], Pablo Parra[2], Leticia Moreira[28] y Javier P. Gisbert[2]

[1]Department of Gastroenterology, Biodonostia Health Research Institute, Department of Medicine, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), San Sebastián.[2] 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]Medical and Surgical Sciences Department, Sant'Orsola-Malpighi University Hospital, Bologna, Italia.[4]Østfold Hospital Trust, Grålum, Noruega. [5]Athens Medical, P. Faliron General Hospital, Athens, Grecia.[6]Department of Gastroenterology, DC Rogaska, Rogaska Slatina, Eslovenia. [7]Division of Gastroenterology, Rabin Medical Center, Tel Aviv University, Tel Aviv, Israel.[8]Department of Gastroenterology, Ferencváros Health Center, Budapest, Hungría.[9]A.S. Loginov Moscow Clinical Scientific Center, Moscow, Rusia. [10]Section of Gastroenterology, Department of Precision and Regenerative Medicine and Ionian Area, University of Bari, University of Bari, Italia. [11]Aleksandrovska University Hospital, Sofia, Bulgaria.[12]Department of Gastroenterology, Rostov State Medical University, Rostov-on- Don, Rusia.[13]North-western State Medical University, St Petersburg, Rusia.[14]Department of Gastroenterology, University Hospital of Split, Split, Croacia.[15]Clinical Center of Serbia and School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade, Serbia.[16]Gastroenterology and Hepatology Department, Marqués de Valdecilla University Hospital, Clinical and Translational Research in Digestive Diseases, Valdecilla Research Institute (IDIVAL), Santander.[17]Interni oddelek, Diagnostic Centre, Bled, Eslovenia.[18]Clinical Medicine, Trinity College Dublin, Department of Gastroenterology, Tallaght University Hospital, Dublin, Irlanda.[19]Department of Gastroenterology, Complejo Asistencial Universitario de Palencia.[20]Department of Gastroenterology, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, Asturias.[21]Norwich Medical School, University of East Anglia, Norwich, Reino Unido.[22]Department of Gastroenterology, CHU Charleroi, Charleroi, Bélgica.[23]Tomas Bata Regional Hospital, Zlin, República Checa.[24]Department of Hospital Medicine, Kazan State Medical University, Kazan, Rusia.[25]Department of Gastroenterology, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRBLL), Lleida.[26] Gastrointestinal Oncology, Endoscopy and Surgery (GOES) research group, Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, Institut de Recerca i Innovació en Ciències de la Vida i de la Salut de la Catalunya Central (IRIS-CC), Manresa.[27]Gastroenterology Unit, Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero.[28]Department of Gastroenterology, Hospital Clínic de Barcelona, Centro de Investigación Biomédica en Red en Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), University of Barcelona.

Resumen

Introducción: La resistencia antibiótica de *H. pylori* es el factor principal que determina la eficacia de los tratamientos erradicadores.

Objetivos: Evaluar la efectividad de los tratamientos de primera línea y de rescate frente a *H. pylori* en Europa según las resistencias antibióticas.

Métodos: Registro multicéntrico sobre el manejo de *H. pylori* (Hp-EuReg). Se incluyeron todos los pacientes adultos infectados con cultivo registrados en AEG-REDCap e-CRD entre 2013-2023. Se analizó la

efectividad por protocolo en función de la presencia/ausencia de resistencia bacteriana a los diferentes antibióticos.

Resultados: Se identificaron 5.136 pacientes *naïve*, presentando resistencia a claritromicina el 21% de los casos, a metronidazol el 24% y a quinolonas el 15%. En aquellos pacientes sin resistencias a estos antibióticos, todos los tratamientos alcanzaron una efectividad óptima (> 90%), a excepción de la triple con amoxicilina-metronidazol (tabla). En los que presentaban al menos una resistencia antibiótica, las terapias más efectivas fueron las cuádruples con bismuto-claritromicina-amoxicilina (exceptuando los casos con resistencia a levofloxacino), y con metronidazol-tetraciclina-bismuto (incluyendo la cápsula única de Pylera®), independientemente del tipo de resistencia. Se identificaron 1.694 pacientes no *naïve*, presentando resistencia a claritromicina el 61%, a metronidazol el 51% y a levofloxacino el 31% de los casos. En estos pacientes, las terapias que alcanzaron una tasa de erradicación óptima fueron las siguientes cuádruples: bismuto-levofloxacino-amoxicilina, claritromicina-amoxicilina-metronidazol/tinidazol y metronidazol-tetraciclina-bismuto.

Tabla: Impacto de las resistencias bacterianas a diferentes antibióticos en la efectividad (por de rescate (de 2ª a 6ª línea) en Europa.

Terapias más frecuentes 1ª línea, N= 5.136 casos	Sin R				R claritromicina			
	E	N	% E	IC 95%	E	N	% E	95% C
Global	1.742	1.868	93%	(92-94)	824	961	86%	(83-88
Secuencial-IBP+C+A+T	712	757	94%	(93-96)	337	383	88%	(85-91
Triple-IBP+C+A	377	400	94%	(92-97)	13	19	68%	(43-87
Triple-IBP+A+M	318	356	89%	(86-93)	50	64	78%	(67-89
Triple-IBP+A+L	3	3	100%	(29-100)	115	129	89%	(83-95
Triple-IBP+A+Rf	NA	NA	NA	NA	44	58	76%	(64-88
Secuencial-IBP+C+A+M	30	32	94%	(79-99)	18	25	72%	(52-92
Híbrida-IBP+C+A+M	39	40	97%	(87-100)	33	42	79%	(65-92
[1]Cuádruple-IBP+C+A+M/T	113	121	94%	(88-98)	55	68	81%	(71-91
Cuádruple-IBP+C+A+B	19	20	95%	(75-100)	10	11	91%	(59-10
[2]Cuádruple-IBP+M+Tc+B	75	79	95%	(87-99)	108	112	96%	(91-99
Terapias más frecuentes de rescate (2ª a 6ª línea), N= 1.694 casos								
Global	128	155	83%	(76-89)	712	860	83%	(80-85
Secuencial-IBP+C+A+T	24	27	89%	(71-98)	22	32	69%	(51-86
Triple-IBP+A+L	41	47	87%	(77-98)	240	277	87%	(82-91
Triple-IBP+A+M	9	11	82%	(48-98)	27	32	84%	(67-95
Triple-IBP+A+Rf	5	12	42%	(15-72)	217	267	81%	(76-86
[1]Cuádruple-IBP+C+A+M/T	6	6	100%	(54-100)	11	15	73%	(45-92
[2]Cuádruple-IBP+M+Tc+B	21	23	91%	(72-99)	128	149	86%	(80-92
Cuádruple-IBP+A+L+B	2	2	100%	(16-100)	10	11	91%	(59-10

E – erradicación de *H. pylori*, R – resistencia, N – total de pacientes con resistencia bacteriana de protones, C – claritromicina, A – amoxicilina, M – metronidazol, L – levofloxacin, B – bi concomitante, [2]Incluye la administración clásica y en cápsula única.

0210-5705/© 2024 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Conclusiones: En regiones europeas 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*.

0210-5705/© 2024 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.