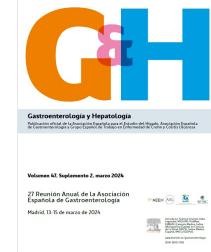




Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

P-105 - EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS ERRADICADORES EMPÍRICOS DE SEGUNDA LÍNEA A LO LARGO DE 11 AÑOS (2013-2023): RESULTADOS DE 8.000 PACIENTES DEL REGISTRO EUROPEO SOBRE EL MANEJO DE LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* (HP-EUREG)

Olga P. Nyssen¹, Laimas Jonaitis², Ilaria Maria Saracino³, Ángeles Perez-Aisa⁴, Manuel Pabón-Carrasco⁵, Luis Rodrigo⁶, Samuel J. Martínez-Domínguez⁷, Bojan Tepes⁸, Ludmila Vologzhanina⁹, Ana Garre¹, Luis Bujanda¹⁰, Alfredo J. Lucendo¹¹, Irina Voynovan¹², Frode Lerang¹³, Jose M. Huguet¹⁴, Renate Bumane¹⁵, Jesús Barrio¹⁶, Pavel Bogomolov¹⁷, Inmaculada Ortiz-Polo¹⁸, Noelia Alcaide¹⁹, Maja Denkovski²⁰, Thomas J. Butler²¹, Giuseppe Losurdo²², Javier Tejedor-Tejada²³, Blas José Gómez Rodríguez²⁴, Anna Cano-Català²⁵, Luis Hernández²⁶, Pablo Parra¹, Leticia Moreira²⁷ y Javier P. Gisbert¹

¹Hospital 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.²Department of Gastroenterology, Lithuanian University of Health Sciences, Kaunas, Lituania.³Medical and Surgical Sciences Department, Sant'Orsola-Malpighi University Hospital, Bologna, Italia.⁴Digestive Unit, Hospital Universitario Costa del Sol, Redes de Investigación Cooperativa Orientada a Resultados en Salud (RICORS), Marbella.⁵Department of Gastroenterology, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.⁶Department of Gastroenterology, University of Oviedo.⁷Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón (IIS Aragón), Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Zaragoza.⁸Department of Gastroenterology, DC Rogaska, Rogaska Slatina, Eslovenia.⁹Gastrocenter, Perm, Rusia.¹⁰Department 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.¹¹Department of Gastroenterology, Hospital General de Tomelloso, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-Princesa), Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Tomelloso.¹²A.S. Loginov Moscow Clinical Scientific Center, Moscow, Rusia.¹³Østfold Hospital Trust, Grålum, Noruega.¹⁴Department of Gastroenterology, Hospital General Universitario de Valencia.¹⁵Digestive Diseases Centre GASTRO, Riga, Letonia.¹⁶Department of Gastroenterology, Hospital Universitario Río Hortega, Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (SACYL), Valladolid.¹⁷Universal Clinic Private Medical Center, Moscow, Rusia.¹⁸Department of Gastroenterology, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.¹⁹Department of Gastroenterology, Hospital Clínico de Valladolid.²⁰Interni oddelek, Diagnostic Centre, Bled, Eslovenia.²¹Clinical Medicine, Trinity College Dublin, Department of Gastroenterology, Tallaght University Hospital, Dublin, Irlanda.²²Section of Gastroenterology, Department of Precision and Regenerative Medicine and Ionian Area, University of Bari, Italia.²³Department of Gastroenterology, Hospital Universitario de Cabueñas, Gijón.²⁴Department of Gastroenterology, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.²⁵Gastrointestinal 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.²⁶Gastroenterology Unit, Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero.²⁷Department 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: Tras un fracaso erradicador de *H. pylori*, la elección del tratamiento de rescate supone un reto debido al aumento de resistencias antibióticas.

Objetivos: Evaluar la efectividad y seguridad de los tratamientos empíricos de segunda línea en Europa.

Métodos: Registro sistemático, prospectivo (Hp-EuReg) de la práctica clínica de los gastroenterólogos europeos (35 países) sobre el manejo de la infección por *H. pylori* y su tratamiento. Los datos se registraron en un e-CRD en AEG-REDCap. Se extrajeron y se analizaron todos los casos tras un fracaso erradicador

hasta junio de 2023. Se realizaron análisis por intención de tratar modificada (mITT) y por protocolo (PP). Los datos se sometieron a revisión de calidad.

Resultados: Se analizaron 8.108 tratamientos de segunda línea (65% mujeres, edad media 51 años, 70% dispepsia, 15% úlcera gastroduodenal), con un 96% de adherencia. La efectividad media fue del 83% tanto por mITT como PP. Globalmente, solo la triple terapia con amoxicilina-moxifloxacino alcanzó una efectividad óptima (tabla). Sin embargo, con prescripciones de 14 días y dosis altas de IBP (equivalente a 40 mg de omeprazol 2 veces/día), las terapias triples con levofloxacino/moxifloxacino, así como las terapias cuádruples con bismuto-amoxicilina-levofloxacino/claritromicina o con bismuto-metronidazol-tetraciclina (Pylera® exclusivamente durante 10 días) alcanzaron tasas de curación (mITT) superiores al 90%. La incidencia de al menos un efecto adverso fue del 25%, la mayoría leves.

| Tratamientos empíricos de 2ª línea más frecuentes en Europa y su efectividad | | | | |
|---|----------|--------------|--------------------|----------------|
| Terapias más frecuentes con al menos 100 casos | N | % Uso | mITT, N (%) | (IC95%) |
| Triple-A+L | 2.175 | 27 | 1.936 (81) | (79-83) |
| Pylera® | 1.621 | 19 | 1.514 (88) | (87-92) |
| Cuádruple -A+L+B | 1.096 | 13 | 870 (86) | (86-91) |
| Cuádruple -C+A+M | 462 | 5.5 | 437 (84) | (76-87) |
| Triple -C+A | 456 | 5.4 | 357 (77) | (73-84) |
| Cuádruple -M+Tc+B | 422 | 5 | 383 (85) | (79-89) |
| Cuádruple C+A+B | 351 | 4.2 | 235 (89) | (81-93) |
| Triple-A+R | 209 | 2.5 | 186 (82) | (77-89) |
| Triple-A+M | 202 | 2.4 | 178 (64) | (47-69) |
| Triple-A+Mx | 141 | 1.7 | 134 (91) | (86-96) |
| Secuencial-C+A+T | 104 | 1.2 | 95 (78) | (76-81) |
| Otros* | 941 | 11.5 | 740 (79) | (76-81) |
| Total | 8.180 | 100% | 7.108 (83) | (82-85) |

IC – intervalo de confianza, C – claritromicina; M – metronidazol; T – tinidazol A; – amoxicilina; L – levofloxacino B; – sales de bismuto; Tc – tetraciclina; Mx – moxifloxacino; R – rifabutina; mITT – intención de tratar modificado; N- número total de pacientes analizados y que recibieron un tratamiento empírico de segunda línea, *Otros – Otras terapias empíricas de segunda línea con menos de 100 pacientes tratados en cada esquema de tratamiento.

Conclusiones: En Europa, los tratamientos empíricos de segunda línea que incluyen terapias triples con levofloxacino o moxifloxacino durante 14 días, o bien terapias cuádruples con bismuto y levofloxacino/claritromicina, o bismuto-metronidazol-tetraciclina también durante 14 días, así como Pylera® durante 10 días, todos ellos con dosis altas de IBP, alcanzaron tasas de erradicación > 90%. Sin embargo, muchas otras terapias de segunda línea no lograron una efectividad óptima.