



Gastroenterología y Hepatología



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

P-114 - LAS TERAPIAS CUÁDRUPLES CON Y SIN BISMUTO SON SUPERIORES A LA TERAPIA TRIPLE CON CLARITROMICINA EN EL TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA DE LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* EN LATINOAMÉRICA. DATOS DEL REGISTRO LATINOAMERICANO PARA EL MANEJO DE *HELICOBACTER PYLORI* (HP-LATAMREG)

Diego Reyes-Placencia¹, José María Remes-Troche², Oscar Laudanno³, William Otero⁴, Alejandro Piscoya⁵, Guillermo Otoyá⁶, Christian von Muhlenbrock⁷, Rodrigo Quera⁷, Juan Ramírez García⁸, Christian Campos Núñez⁹, Hugo Cedrón¹⁰, Ignacio Hanna-Jairala¹¹, Dacio Héctor Cabrera Hinojosa¹², César Vargas-Alayza¹³, Wilian Araujo-Gil¹³, Patricio Medel-Jara¹⁴, Gonzalo Latorre¹, Javier Chahuán¹, Álex Arenas¹⁵, Roberto Candia¹, Rodrigo Mansilla-Vivar¹⁶, José Ignacio Vargas Domínguez¹, Francisco Javier Bosques Padilla¹⁷, Enrique Coss Adame¹⁸, José Antonio Velarde Ruiz Velasco¹⁹, Fátima Higuera de la Tijera²⁰, María Saraí González Huevo²¹, Ricardo Raña-Garibay²², Ricardo Flores Rendón²³, Octavio Gómez-Escudero²⁴, Jesús Yamamoto Furusho²⁵, Eumir Israel Juárez Valdés²⁶, Nayeli X. Ortiz-Olvera²⁷, Margarita Pizarro¹, Felipe Silva²⁸, Gabriel Ahumaran²⁹, Pablo César Rodríguez³⁰, Óscar Alfredo Bedini³¹, Fernando Ustares³², Lina Otero³³, Hernando Marulanda⁴, Elder Otero³³, Alba Trespalacios³⁴, Anna Cano-Català³⁵, Leticia Moreira³⁶, Pablo Parra^{37,38}, Olga P. Nyssen^{37,38}, Javier P. Gisbert^{37,38} y Arnoldo Riquelme^{1,39}

¹Gastroenterología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. ²Universidad Veracruzana, Veracruz, México. ³Instituto Doctor Alfredo Lanari, Buenos Aires, Argentina. ⁴Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. ⁵Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente, Lima, Perú. ⁶Hospital Nivel IV Guillermo Almenara Irigoyen, La Victoria, Lima, Perú. ⁷Clínica Universidad de los Andes, Las Condes, Santiago, Chile. ⁸Clínica Liga contra el Cáncer, Lima, Perú. ⁹Hospital Clínica Bíblica, San José, San José, Costa Rica. ¹⁰Clínica Anglo Americana, Lima, Perú. ¹¹Hospital Miguel H. Alcivar, Guayaquil, Guayas, Ecuador. ¹²Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú. ¹³E.S. II-1 Hospital de Chulucanas, Piura, Perú. ¹⁴Facultad de Medicina, Programa de Doctorado en Epidemiología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. ¹⁵Clínica Alemana de Santiago SA, Vitacura, Metropolitan Region, Chile. ¹⁶Hospital Puerto Montt, Puerto Montt, Llanquihue, Chile. ¹⁷Tecnológico de Monterrey, Monterrey, Nuevo León, México. ¹⁸Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México. ¹⁹Hospital Civil de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México. ²⁰Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México, México. ²¹Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, Toluca, México. ²²Hospital Español de México, Ciudad de México, México. ²³Baja California Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Gobierno y Municipios del Estado de Baja California, Tijuana, Baja California, México. ²⁴Hospital Angeles Puebla, Puebla, México. ²⁵Hospital Medica Sur, Ciudad de México, México. ²⁶Hospital Juárez de México, México City, México. ²⁷UMAE CMN Sigle XXI IMSS, Ciudad de México, México. ²⁸Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. ²⁹Clínica Monte Grande, Buenos Aires, Argentina. ³⁰Instituto Modelo, Córdoba, Argentina. ³¹Centro de Endoscopia Digestiva, Rosario, Argentina. ³²Sanatorio Lavalle, Jujuy, Argentina. ³³Centro de Gastroenterología y Endoscopia, Bogotá, Colombia. ³⁴Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. ³⁵Gastrointestinal 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. ³⁶Hospital 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. ³⁷Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-Princesa), Universidad Autónoma de Madrid, Madrid. ³⁸Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Madrid. ³⁹Centro para la Prevención y el Control del Cáncer (CECAN), Santiago, Chile.

Resumen

Introducción: La infección por *Helicobacter pylori* (Hp) es un problema de salud pública en Latinoamérica. El objetivo fue evaluar las tasas de erradicación, perfil de seguridad y adherencia de las terapias cuádruples sin claritromicina, en comparación con la terapia triple basada en claritromicina en Latinoamérica.

Métodos: Se realizó un estudio observacional prospectivo (Hp-LATAMReg) bajo la iniciativa del *Worldwide Registry on The Management of Helicobacter pylori infection* (WorldHpReg). Se recopiló la información utilizada por gastroenterólogos en siete países desde 2015 a 2024. La evaluación de las tasas de erradicación se realizó mediante un análisis por ITT modificado (mITT), evaluando también las tasas de efectos adversos y adherencia. Se comparó las tasas de erradicación y de efectos adversos de los esquemas mediante una regresión multivariada de Poisson, ajustada por país, sexo, edad, dosis de IBP y duración del tratamiento.

Resultados: Se registraron 2.632 pacientes, de los cuales 2.323 (88%) tuvieron indicación de erradicación de primera línea (*naïve*). Se analizaron las siguientes terapias (n = 2.210, 84%): IBP-amoxicilina (A)-claritromicina (C) (n = 801, 35%), IBP-A-C-metronidazol (M) (n = 366, 16%), terapia dual (DT) (IBP-A; n = 274, 12%), IBP-doxiciclina (D)-M-bismuto (B) (n = 201, 8,7%), IBP-tetraciclina (Tc)-M-B (n = 185, 8%), IBP-A-M-B (n = 156, 6,7%), IBP-A-C-B (n = 118, 5,1%) y IBP-A-levofloxacino (L) (n = 109, 4,7%). Todas las tasas de adherencia obtenidas para cada esquema fueron mayores al 90% (p = 0,6). Los resultados de la comparación de las tasas de erradicación y de efectos adversos de la terapia IBP-A-C frente a las otras siete terapias analizadas se pueden observar en la tabla.

Esquema	RR de erradicación (IC 95%)	Valor p
IBP-A-C	Referencia	-
IBP-A-M-B	1,23 (1,14-1,33)	<0,01
IBP-A-C-M	1,21 (1,13-1,29)	<0,01
IBP-D-M-B	1,18 (1,09-1,28)	<0,01
IBP-A-C-B	1,08 (0,96-1,21)	0,20
IBP-Tc-M-B	1,03 (0,94-1,14)	0,52
IBP-A	1,00 (0,92-1,09)	0,95
IBP-A-L	0,98 (0,86-1,11)	0,73

Tabla 1. Modelo de Poisson multivariado ajustado por país, edad, sexo, potencia de IBP utilizada y duración del esquema de tratamiento para la evaluación de las tasas de erradicación en comparación a la terapia IBP-A-C.

*IBP = Inhibidor de bomba de protones; C = claritromicina; A = amoxicilina; B = sales de bismuto; M = metronidazol; L = levofloxacino; Tc = tetraciclina; D = doxiciclina.

Conclusiones: Las terapias cuádruples, con o sin bismuto, presentaron una tasa de efectividad mayor en comparación a la terapia triple basada en claritromicina, sin diferencias en la incidencia de efectos adversos ni adherencia de la terapia en América Latina.