



Gastroenterología y Hepatología



Gastroenterología y Hepatología

Revista Oficial de la Sociedad Iberoamericana de Gastroenterología y Hepatología y la Sociedad Iberoamericana de Enfermedades del Hígado. Asociación Científica de Gastroenterología y Hepatología de la Unión Europea en la Federación de Ciencias Clínicas Europeas.

Volúmenes 42, Especial Congreso 2, Marzo 2019

XXII Reunión Nacional de la Asociación

Española de Gastroenterología

Madrid, 20-22 de marzo de 2019

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

132 - EFICACIA EN PRIMERA LÍNEA DE ERRADICACIÓN DE HELICOBACTER PYLORI: SUBANÁLISIS DE LOS DATOS ESPAÑOLES DEL REGISTRO EUROPEO HP-EUREG

M. Caldas¹, A. Pérez-Aisa², M. Castro³, L. Bujanda⁴, A.J. Lucendo⁵, N. Fernández², J. Hinojosa², L. Rodrigo⁶, T. Romero-García³, L. Ferrer-Barceló⁷, H. Alonso-Galán⁴, J. Pérez-Lasala⁸, J. Molina-Infante⁹, L. Fernández-Salazar¹⁰, J. Barrio¹¹, A. Lanas¹², M. Domínguez-Cajal¹³, M. Perona¹⁴, J. Ortuño¹⁵, B.J. Gómez-Rodríguez¹⁶, P. Canelles⁷, P. Almela¹⁷, P.L. González⁹, I. Modolell¹⁸, J.M. Botargués¹⁹, J. Gómez²⁰, O.P. Nyssen¹, A.C. Marín¹, M.G. Donday¹, A. Garre¹, F. Megraud²¹, C.O. Morain²², A.G. McNicholl²³ y J.P. Gisbert¹

¹Hospital La Princesa, IIS-IP y CIBERehd, Madrid. ²Agencia Sanitaria Costa del Sol, Málaga. ³Hospital de Valme, Sevilla. ⁴Hospital Donostia/Instituto Biodonostia y CIBERehd, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), San Sebastián. ⁵Hospital General de Tomelloso. ⁶Hospital Central de Asturias, Oviedo. ⁷Consorci Hospital General Universitari de Valencia. ⁸HM Sanchinarro, Madrid. ⁹Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres. ¹⁰Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ¹¹Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. ¹²Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa y CIBERehd, Zaragoza. ¹³Hospital General San Jorge, Huesca. ¹⁴Hospital Quirón Marbella. ¹⁵Hospital Universitari y Politécnic La Fe y CIBERehd, Valencia. ¹⁶Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ¹⁷Hospital Universitari General de Castelló. ¹⁸Consorci Sanitari de Terrassa. ¹⁹Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona. ²⁰Complejo Asistencial Universitario de Burgos. ²¹Laboratoire de Bactériologie, Hôpital Pellegrin, Bordeaux, Francia. ²²Trinity College Dublin, Dublin, Irlanda. ²³Hospital La Princesa, IIS-IP y CIBERehd, Madrid.

Resumen

Introducción: El mejor tratamiento empírico frente a *H. pylori* debe ser establecido en función de la eficacia local demostrada para cada tratamiento.

Objetivos: Analizar la eficacia en primera línea de los tratamientos erradicadores más empleados en España.

Métodos: Estudio prospectivo, de práctica clínica y no inductivo de prescripción con 42 centros españoles incluidos y empleando la plataforma AEG-REDCap como base de datos, dentro del proyecto del Registro Europeo Hp-EuReg.

Resultados: De los 8.624 pacientes incluidos en primera línea, 332 (3,8%) fueron alérgicos a penicilina. La edad media fue de 50 ± 15 años, el 61% mujeres y en el 16% la indicación fue por úlcera. En los no alérgicos ($N = 8.292$), los tratamientos más prescritos fueron: cuádruple terapia sin bismuto en régimen concomitante (43%), triple estándar con claritromicina y amoxicilina (35%), cuádruple asociando bismuto a la triple estándar (9%), cuádruple en cápsula única (Pylera®) (8%) y otros tratamientos (5%). En la población alérgica, los tratamientos más utilizados fueron: triple con claritromicina y metronidazol (34%), Pylera® (26%), cuádruple clásica con bismuto, tetraciclina y metronidazol (18%) y otros tratamientos (22%). En la tabla se muestra la eficacia por tratamiento y, dentro de cada tratamiento, en función de la duración de éste (10 vs 14 días), el tipo de IBP (primera generación: omeprazol, pantoprazol y lansoprazol vs segunda generación: esomeprazol y rabeprazol), el tipo de dosis del IBP (estándar vs doble) o del tipo de cumplimiento (menor o mayor del 90%).

	ITT		PP		Variables asociadas con la eficacia por ITT
	Éxito	Total	Éxito	Total	
No alérgicos a penicilinas					
IBP-C-A-M (concomitante)	86% (85-88%)	3.503	90% (89-91%)	3.293	10 días 85% vs. 14 días 89%; p<0,05 IBP 1 ^a G 84% vs. IBP 2 ^a G 90%; p<0,001 Dosis estándar 83% vs. Dosis dobles 89%; p<0,001 No cumplimiento 58% vs. Sí cumplimiento 89%; p<0,001
IBP-C-A	79% (78-81%)	2.915	85% (83-86%)	2.699	IBP 1 ^a G 78% vs. IBP 2 ^a G 84%; p<0,05 Dosis estándar 74% vs. Dosis dobles 83%; p<0,001 No cumplimiento 31% vs. Sí cumplimiento 84%; p<0,001 ***
IBP-B-C-A	89% (87-91%)	725	94% (92-96%)	678	***
Pylera®	86% (83-89%)	640	95% (93-97%)	573	No cumplimiento 31% vs. Sí cumplimiento 95%; p<0,001 ***
Alérgicos a penicilinas					
IBP-C-M	61% (52-70%)	114	65% (55-74%)	108	***
Pylera®	85% (75-92%)	85	93% (85-98%)	75	No cumplimiento 40% vs. Sí cumplimiento 93%; p<0,05 ***
IBP-Tc-B-M	80% (68-89%)	60	83% (70-91%)	57	***

Tabla 1: Éxito erradicador de los tratamientos más frecuentemente utilizados en primera línea en España.

ITT: Eficacia por intención de tratar. PP: Eficacia por protocolo. IBP: Inhibidor de la bomba de protones. C: Claritromicina. A: Amoxicilina. M: Metronidazol. B: Bismuto. Tc: Tetraciclina. M: Metronidazol. Pylera®: cuádruple clásica con bismuto, tetraciclina y metronidazol en cápsula única asociadas al IBP. 1^a G: Primera generación: omeprazol, lansoprazol, pantoprazol. 2^a G: Segunda generación: rabeprazol, esomeprazol.

***: resto de variables no se asociaron al aumento de la eficacia, aunque muchos de estos grupos se distribuyeron de forma heterogénea, lo que pudo condicionar el análisis estadístico.

Conclusiones: Los tratamientos más eficaces (?90%) en primera línea en España son: la terapia cuádruple asociando bismuto a la triple estándar, la cuádruple sin bismuto en régimen concomitante durante 14 días y Pylera® durante 10 días. El cumplimiento terapéutico fue la variable que más se asoció a la eficacia.