Gastroenterol Hepatol. 2020;43(Espec Congr):185

Gastroenterología y Hepatología

https://www.elsevier.es/gastroenterologia

153 - REGISTRO EUROPEO DEL MANEJO DE *H. PYLORI* (HP-EUREG): ANÁLISIS DE LOS TRATAMIENTOS DE SEGUNDA LÍNEA EN 5.000 PACIENTES

O.P. Nyssen[1], D. Vaira[2], Á. Pérez-Aísa[3], B. Tepes[4], D. Stanislavovich Bordin[5], F. Lerang[6], T. Rokkas[7], M. Leja[8], A.T. Roger Axon[9], L. Kupcinskas[10], L. Virginijus Jonaitis[10], J.C. Machado[11], O. Shvets[12], L.I. Veijola[13], G. Miklós Buzás[14], H. Simsek[15], L. Boyanova [16], V. Lamy[17], Y. Niv[18], M. Venerito[19], P. Bytzer[20], L.G. Capelle[21], A. Goldis[22], K. Przytulski[23], C. Beglinger[24], A. Tonkic[25], T. Milosavljevic[26], G. Fiorini[2], M.G. Donday[1], F. Megraud[27], C. O&#39Morain[28] y J.P. Gisbert[1], en representación de los Investigadores Hp-EuReg

[1]Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, IIS-IP, Universidad Autónoma de Madrid y CIBEREHD, Madrid. [2]Gastroenterology Unit, S. Orsola Malpighi Hospital, Bologna (Italia).[3]Agencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella. [4]AM DC Rogaska, Rogaka Slatina (Eslovenia). [5]Department of pancreatobiliary and upper GI diseases, Moscow Clinical Scientific Center, Moscow (Rusia). [6]Medical Department, Central Hospital Ostfold, Fredrikstad (Noruega).[7]Gastroenterology Unit, Henry Dunant Hospital, Athens (Grecia).[8]Institute of Clinical and Preventive Medicine, University of Latvia, Riga (Letonia).[9]Gastroenterology Unit, University of Leeds, Leeds (Reino Unido). [10]Department of Gastroenterology, Lithuanian University of Health Sciences, Kaunas (Lituania).[11]Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto, e Ipatimup-Institute of Molecular Pathology and Immunology of the University of Porto, Porto (Portugal). [12]Internal Diseases Department No.1, National Medical University named after O.O. Bogomolets, Kyiv (Ucrania). [13]Internal Medicine, Herttoniemi Hospital, Helsinki (Finlandia). [14]Gastroenterology Unit, Ferencváros Policlinic, Budapest (Hungría).[15]Internal Medicine/Gastroenterology department, Hacettepe University Faculty of Medicine, Ankara (Turquía).[16]Department of Medical Microbiology, Medical University of Sofia, Sophia (Bulgaria).[17]Department of Gastroenterology, Hepatology & Nutrition, CHU Charleroi, Charleroi (Bélgica).[18]Department of Gastroenterology, Rabin Medical Center, Tel Aviv University, Petach Tikva (Israel). [19]Department of Gastroenterology, Hepatology and Infectious Diseases, Otto-von-Guericke University Hospital, Magdeburg (Alemania).[20]Department of Medicine, Zealand University Hospital, Copenhagen University (Dinamarca).[21]Gastroenterology and Hepatology, Erasmus MC University, Rotterdam (Países Bajos).[22]Gastroenterology Unit, Timisoara Hospital, Timisoara (Rumanía).[23]Gastroenterology Unit, Medical Centre for Postgraduate Education, Warsaw (Polonia).[24]Gastroenterology Unit, Hospital de Basel, Basel (Suiza).[25]University Hospital Centre Split (Croacia).[26]Medical Department, Clinical Center of Serbia Clinic for Gastroenterology and hepatology, University of Belgrade, Belgrade (Serbia).[27] Laboratoire de Bactériologie, Hôpital Pellegrin, Bordeaux (Francia).[28]Department of Clinical Medicine, Trinity College Dublin, Dublin (Irlanda).

Resumen

Introducción: Tras un fracaso erradicador de *H. pylori*, la elección del tratamiento óptimo supone un reto debido al aumento de resistencias antibióticas.

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

Métodos: Registro sistemático, prospectivo (Hp-EuReg) de la práctica clínica de los gastroenterólogos europeos (27 países) sobre el manejo de la infección por *H. pylori* y su tratamiento. Los datos se registraron en un e-CRD en AEG-REDCap. Extracción y análisis de los casos de todos los casos tras un fracaso erradicador hasta junio 2019. Todos los datos fueron sujetos a control de calidad, y se excluyeron aquellos casos con un índice de calidad inferior a 0,9 o en seguimiento.

Resultados: Se analizaron 4.388 pacientes de segunda línea (64% mujeres, edad media: 49 años, 56% dispepsia, 16% úlcera gastroduodenal). La eficacia media fue del 83% por intención de tratar modificado (mITT) y del 84% por protocolo (PP). La efectividad con quinolonas en terapias triples de 14 días y dosis

altas de IBP, así como las terapias cuádruples con bismuto alcanzaron tasas > 90% (mITT) (tabla).

	Uso N, (%)	n	mITT, % (95%CI)	n	PP, % (95%CI)
Triple -A+L	1.507 (36)	1.330	80,5 (78-83)	1.308	81 (79-83)
Pylera®	560 (13)	488	89,5 (87-92)	477	90 (88-93)
Cuádruple-A+L+B	495 (12)	460	89 (86-92)	444	90 (87-92)
Triple-C+A	485 (12)	236	79,2 (74,0-84,3)	228	79 (74-84)
Cuádruple-M+Tc+B	185 (4,4)	167	83 (77-88)	162	84 (74-86,5)
Cuádruple -C+A+M	150 (3,6)	137	83 (77-89)	136	83 (77-89)
Triple-A+Mx	139 (3,3)	97	88 (81-94)	96	88,5 (82-95)
Cuádruple -C+A+B	107 (2,6)	69	59 (48-71)	68	59 (41-70,5)
Triple-A+M	82 (2)	41	83 (71-94)	39	82 (70-94)
Triple-C+L	48 (1,1)	36	75 (69-89)	35	74 (60-89)
Triple-C+M	40 (1,0)	133	91 (86-96)	133	91 (86-96)
Secuencial-C+A+T	24 (0,6)	21	76 (58-94)	21	76 (58-94)
Triple-A+R	19 (0,5)	13	77 (54-99)	13	77 (54-99)

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; PP: por protocolo; N- número total de pacientes analizados

Conclusiones: Las terapias triples de segunda línea generalmente no alcanzan tasas de erradicación óptimas, excepto cuando se prescribe moxifloxacino o levofloxacino durante 14 días; mientras que las terapias cuádruples de segunda línea con bismuto y levofloxacino, y la cuádruple estándar con bismuto o Pylera® tienen una mayor eficacia.

0210-5705/© 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.