

(66,9±8,9 vs 62,5±11,6; $p<0,001$). La proporción de mujeres fue similar (16% vs 23%; $p>0,05$). La proporción de pacientes de AR para HDA en tratamiento con IBPs al ingreso fue similar en las dos poblaciones (Tabla). Sin embargo, los pacientes españoles de AR tuvieron una probabilidad más alta de recibir tratamiento con IBPs al ser dados de alta (O.R.: 2,63; 95%IC: 1,33–5,22; $p<0,004$) que los pacientes de EEUU (Tabla).

Variable	Pacientes de EEUU (n = 199)	Pacientes de España (n = 230)	p-valor
Pacientes de alto riesgo (AR)	40%	49%	0,07
IBP al ingreso	30%	34%	0,38
IBP al alta	41%	74%	0,0001
Pacientes de AR con IBP al ingreso	48%	52%	0,59
Pacientes de AR con IBP al alta	58%	79%	0,002
Pacientes de bajo riesgo con IBP al alta	30%	76%	0,001

Conclusiones: Hay diferencias importantes en la prescripción de IBPs entre los cardiólogos de dos centros diferentes en EEUU y España al tratar a los pacientes sometidos a IPC con doble antiagregación. Los pacientes de AR para HDA españoles tuvieron una probabilidad significativamente mayor de recibir tratamiento con IBPs al alta que los estadounidenses.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.152

RABEPRAZOL FRENTE A OTROS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP) DE “PRIMERA” GENERACIÓN PARA LA ERRADICACIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI*

A.G. McNicholl^a, P.M. Linares^a, X. Calvet^b, J.P. Gisbert^a

^aServicio de Aparato Digestivo del Hospital de La Princesa, Madrid

^bServicio de Aparato Digestivo del Hospital de Sabadell, Barcelona

Antecedentes: Rabeprazol es un IBP de “segunda” generación, pero su eficacia en la erradicación de *H. pylori*, comparada con los IBP de primera generación, no ha sido suficientemente establecida.

Objetivo: Revisar sistemáticamente la eficacia en la erradicación de *H. pylori* de los regímenes triples con rabeprazol y realizar un metaanálisis de los estudios que comparan rabeprazol frente a otros IBP más “antiguos”.

Métodos: Selección de estudios: ensayos clínicos aleatorizados que comparen rabeprazol frente a otros IBP de “primera” generación (omeprazol, lansoprazol o pantoprazol). El metaanálisis incluyó únicamente estudios que comparaban regímenes difiriendo únicamente en el tipo de IBP empleado. Estrategia de búsqueda: Electrónica y manual. Calidad de los estudios: evaluada independientemente por dos revisores. Síntesis de datos: metaanálisis combinando las Odds Ratio (OR), por intención de tratar.

Resultados: El metaanálisis (incluyendo 24 estudios, 1.783 pacientes tratados con rabeprazol y 1.992 con un IBP de primera generación) demostró mejores resultados con los tratamientos con rabeprazol (79,9% vs 75,6%; OR = 1,2; IC 95% = 1,02–1,4; número necesario a tratar de 23). El subanálisis basado en la dosis de IBP constató un porcentaje de erradicación del 79,5% para rabeprazol

20 mg/12 h, significativamente mayor que el obtenido con la dosis estándar de los IBP de primera generación (76,7%; OR = 1,21; IC 95% = 1,01–1,45). El subanálisis comparando 10 mg/12 h de rabeprazol (dosis baja) mostró una tendencia a favor del uso de dicho IBP frente a las dosis estándar de otros IBP de primera generación (78,2% vs 75,6%; OR = 1,22; IC 95% = 0,95–1,55). Los resultados fueron homogéneos en todas las comparaciones realizadas.

Conclusión: Rabeprazol, en terapia triple, es ligeramente más efectivo que omeprazol, lansoprazol y pantoprazol para la erradicación de *H. pylori*, aunque la relevancia clínica de este beneficio no es evidente.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.153

SÍNTOMAS DE REFLUJO EN PACIENTES QUE TOMAN BIFOSFONATOS: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO

A. Nieto^a, N. Tobares^a, J. Zapardiel^b, R. Ampudia^c, Grupo de estudio BF-ERGE

^aMedicina Interna H. Clínico San Carlos

^bDept Médico Astrazeneca

^cUnidad Biometría, Quintiles Iberia, Madrid

Varios estudios epidemiológicos han demostrado que existe una mayor incidencia de síntomas esofágicos y lesiones por reflujo en pacientes tratados con bifosfonatos, incluso superiores a los datos obtenidos en los ensayos clínicos. Adicionalmente, estudios poblacionales de reflujo han demostrado una baja concienciación de los pacientes, así como bajas tasas de consultas médicas al respecto lo que incrementa el riesgo de padecer importantes efectos adversos.

Objetivo: Describir las características epidemiológicas y clínicas de una población tratada con bifosfonatos, y su relación con la posible afectación esofágica, para poder plantear hipótesis posteriores que permitan identificar factores que faciliten o prevengan la misma.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, multicéntrico que incluyó 5.367 pacientes que estaban en tratamiento con bifosfonatos y acudía a la primera revisión tras iniciarlo, estableciendo un protocolo de recogida de datos que permitiera analizar cuáles eran las principales características clínicas y epidemiológicas, el tipo de tratamiento, así como la incidencia de sintomatología y lesiones esofágicas, y la actitud terapéutica adoptada.

Resultados: Se incluyeron en el análisis 5.367 pacientes sobre un total de 5450 pacientes reclutados (98,5%). La edad media de los pacientes fue de 66,8±9,1 años, siendo el 86% mujeres y con un índice de masa corporal medio de 27,7±5,7. La enfermedad de base más frecuente fue la osteoporosis primaria (n: 4002. 74,6%), seguida de la osteoartritis (n: 1603. 29,9%). Un 43,1% de los pacientes mostraban síntomas de RGE o lesiones esofágicas antes de iniciar tratamiento con bifosfonatos, siendo el síntoma más frecuente la pirosis (80,7%) y la lesión esofágica más frecuentemente hallada fue esofagitis (20,2%). En cuanto a la terapéutica seguida, el 31,3% de los pacientes seguían medidas dietéticas, y sólo el 56,5% tenían prescrito un tratamiento con inhibidores de la bomba de protones a dosis estándar. El bifosfonato más prescrito fue el alendronato (54,9%), seguido del risedronato (41,2%). Pese al tratamiento se objetivó persistencia de los síntomas en un 17,9%. Ante esta circunstancia la actitud más frecuente fue prescribir de forma empírica un IBP (24,1%), si no lo tenían prescrito.

Conclusiones: 1) En nuestro estudio, el tratamiento con bifosfonatos es notablemente más frecuente en la mujer y en la 6ª-7ª década de la vida. 2) La mayoría de las veces están prescritos