

( $66,9 \pm 8,9$  vs  $62,5 \pm 11,6$ ;  $p < 0,001$ ). 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](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.152)

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

A.G. McNicholl<sup>a</sup>, P.M. Linares<sup>a</sup>, X. Calvet<sup>b</sup>, J.P. Gisbert<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de La Princesa, Madrid  
<sup>b</sup>Servicio 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 comparan 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](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.153)

## SÍNTOMAS DE REFLUJO EN PACIENTES QUE TOMAN BIFOSFONATOS: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO

A. Nieto<sup>a</sup>, N. Tobares<sup>a</sup>, J. Zapardiel<sup>b</sup>, R. Ampudia<sup>c</sup>, Grupo de estudio BF-ERGE

<sup>a</sup>Medicina Interna H. Clínico San Carlos

<sup>b</sup>Depto Médico Astrazeneca

<sup>c</sup>Unidad 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 iniciarlos, 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  $66,8 \pm 9,1$  años, siendo el 86% mujeres y con un índice de masa corporal medio de  $27,7 \pm 5,7$ . La enfermedad de base más frecuente fue la osteoporosis primaria (n: 4002. 74,6%), seguida de la osteoartrosis (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 6<sup>a</sup>-7<sup>o</sup> década de la vida. 2) La mayoría de las veces están prescritos

por osteoporosis, aunque existe una no despreciable proporción de prescripción por artrosis. 3) Existe un porcentaje elevado de pacientes con afectación esofágica previa al tratamiento con bifosfonatos, que pese al tratamiento con IBP y medidas dietéticas, suele persistir y por tanto, incrementar el riesgo de lesión. 4) Es necesario evaluar cuales pueden ser los factores que predispongan a esta afectación esofágica y cuáles pueden ser las líneas de optimización terapéutica para prevenirla.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.154](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.154)

## TERAPIA DE RESCATE CON LEVOFLOXACINO TRAS EL PRIMER FRACASO ERRADICADOR DE *H. PYLORI*: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE GASTROENTEROLOGÍA EN MÁS DE 500 PACIENTES

J.P. Gisbert<sup>a</sup>, F. Bermejo<sup>b</sup>, M. Castro-Fernández<sup>c</sup>, A. Pérez-Aisa<sup>d</sup>, M. Fernández-Bermejo<sup>e</sup>, A. Tomás<sup>f</sup>, J. Barrio<sup>g</sup>, F. Bory<sup>h</sup>, P. Almela<sup>i</sup>, P. Sánchez-Pobre<sup>j</sup>, A. Cosme<sup>k</sup>, V. Ortiz<sup>l</sup>, P. Niño<sup>m</sup>, S. Khorrami<sup>n</sup>, L.M. Benito<sup>o</sup>, J.A. Carneros<sup>b</sup>, E. Lamas<sup>c</sup>, I. Modolell<sup>f</sup>, A. Franco<sup>j</sup>, J. Ortuno<sup>l</sup>, L. Rodrigo<sup>m</sup>, F. García-Durán<sup>b</sup>, E. O'Callaghan<sup>f</sup>, J. Ponce<sup>l</sup>, M.P. Valer<sup>b</sup>, X. Calvet<sup>p</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo, La Princesa, Madrid

<sup>b</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Fuenlabrada, Madrid

<sup>c</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Valme, Sevilla

<sup>d</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Costa del Sol, Málaga

<sup>e</sup>Servicio de Aparato Digestivo, San Pedro de Alcántara, Cáceres

<sup>f</sup>Servicio de Aparato Digestivo, General de Cataluña, Barcelona

<sup>g</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Río Hortega, Valladolid

<sup>h</sup>Servicio de Aparato Digestivo, del Mar, Barcelona

<sup>i</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Clínico, Valencia

<sup>j</sup>Servicio de Aparato Digestivo, 12 de Octubre, Madrid

<sup>k</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Donostia, San Sebastián

<sup>l</sup>Servicio de Aparato Digestivo, La Fe, Valencia

<sup>m</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Central de Asturias, Oviedo

<sup>n</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Son Llatzer, Palma de Mallorca

<sup>o</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Virgen del Toro, Menorca

<sup>p</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Sabadell, Barcelona

**Objetivo:** Tras el fracaso erradicador de *H. pylori* habitualmente se emplea una terapia de rescate cuádruple con un IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol. Aunque relativamente eficaz, esta terapia tiene una posología compleja (requiere la administración de 4 fármacos) y se asocia con frecuentes efectos adversos. Se presentan los resultados actualizados de un estudio multicéntrico de la Asociación Española de Gastroenterología en el que se evalúa, como terapia de rescate de segunda línea, la eficacia y seguridad de una combinación con levofloxacin, amoxicilina y un IBP.

**Métodos:** *Diseño:* Estudio multicéntrico prospectivo. *Pacientes:* Se incluyeron prospectivamente pacientes en los que había fracasado un primer tratamiento erradicador con IBP-claritromicina-amoxicilina. *Criterios de exclusión:* cirugía gástrica previa. *Intervención:* Se administró un tratamiento durante 10 días con levofloxacin (500 mg/12 h), amoxicilina (1 g/12 h) y omeprazol (20 mg/12 h). *Variable de resultado:* La erradicación de *H. pylori* se confirmó mediante prueba del aliento con <sup>13</sup>C-urea 4-8 semanas tras finalizar el tratamiento. El cumplimiento se comprobó mediante interrogatorio y recuperación de la medicación residual. La incidencia de efectos adversos se evaluó mediante un cuestionario específico.

**Resultados:** Se incluyeron 520 pacientes (edad media 48 años, 45% varones, 38% con úlcera péptica y 62% con dispepsia funcional). El 97% de los pacientes completaron estrictamente el tratamiento. La erradicación "por protocolo" fue del 77% (IC 95%, 73-80%) y del 75% (71-79%) "por intención de tratar". La eficacia fue similar en los pacientes con úlcera y con dispepsia funcional. Se describieron

efectos adversos en el 20% de los casos; los más frecuentes fueron: náuseas (8%), sabor metálico (5%), dolor abdominal (3%) y mialgias/artralgias (3%); ninguno de ellos fue grave.

**Conclusión:** La terapia de rescate con levofloxacin durante 10 días tiene una elevada eficacia en la erradicación de *H. pylori* y representa una alternativa a la cuádruple terapia tras el fracaso de un primer intento erradicador, con la ventaja de ser un régimen sencillo y bien tolerado.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.155](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.155)

## TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO MEDIANTE CPAP

M.H. Núñez Rodríguez<sup>a</sup>, M.A. Fernández Jorge<sup>b</sup>, T. Ruiz<sup>b</sup>, G. Sobrino<sup>b</sup>, J. Iglesias<sup>b</sup>, F. Igea<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Gastroenterología Hospital Rio Carrión de Palencia

<sup>b</sup>Neumología Hospital Rio Carrión de Palencia

**Introducción:** La ERGE puede producir síndromes esofágicos y extraesofágicos. Las manifestaciones respiratorias son una de las más prevalentes. El síndrome de apnea hipopnea del sueño (SAHS) se caracteriza por el colapso de la vía respiratoria superior que condiciona pausas de apnea durante el sueño. Los pacientes con SAHS podrían tener más episodios de reflujo por sus condicionantes fisiopatológicos que los roncadores simples. Los eventos ácidos pueden generar por sí mismos arousals, pero también podrían actuar como mecanismos reflejos inductores de alteraciones del flujo respiratorio. Se puede asumir que el tratamiento con CPAP, al mejorar la presiones intratorácicas nocturnas, disminuya el gradiente de presión transdiafragmático y por lo tanto, disminuyan los eventos ácidos y los síntomas.

**Material-métodos:** Ensayo clínico, randomizado, abierto, con control placebo. Se analiza: 1. La prevalencia de ERGE en pacientes con SAHS, evaluado mediante cuestionario clínico (GERD Impact Scala), manometría y pHmetría de 24 horas. 2. La relación entre los eventos de reflujo, índices de apnea, despertares y desaturación 3. El efecto de la CPAP en los síntomas de reflujo y en los episodios de reflujo. La polisomnografía (PSG) se realiza coincidiendo con la pHmetría. Al mes se programa una pHmetria de control tras el tratamiento con CPAP (presiones terapéuticas o placebo). Ningún paciente recibió tratamiento antiácido. Los pacientes con SAHS y IAH > 0 = 30 o entre 20-30 con sintomatología y/o factores de riesgo cardiovascular se tratan con CPAP, con presión estimada mediante fórmula de Hoffstein.

**Resultados:** 26 pacientes (8 excluidos). IMC (media): 30 (6DS). Edad media: 50 años (13 DS). 13 /17 pacientes tienen una pHmetria patológica con SAHS severa. Entre los síntomas de reflujo destaca: regurgitación 7 (58%), disfagia: 5 (29,4%) y pirosis: 12 (70%). El índice de desaturación (CT90%): 32 (DS: 23), índice de arousals: 45.5 (17,8 DS), escala de Epworth: 13 (4DS) y el índice de apnea-hipopnea (IAH) 49(23 DS). Existen correlaciones estadísticamente significativas entre IMC y CT90% ( $p<0,01$ ), IMC y pHmetria ( $p<0,05$ ) y entre somnolencia e IAH ( $p <0,05$ ). 5/13 se tratan con CPAP placebo y 8/13 con CPAP a presiones terapéuticas. En el grupo placebo 2/5 mejoran de los síntomas de reflujo pero no el análisis de pHmetria. En la muestra de pacientes con CPAP terapéutica: 6/8 mejoran los síntomas de reflujo.

**Conclusiones:** La muestra analizada es pequeña por lo que no se pueden extraer conclusiones determinantes pero sugiere: 1. ERGE coexiste con SAHS y con IMC elevado aunque hábitos tóxicos como alcohol y tabaco no estaban presentes. 2. No se detecta relación entre la gravedad del SAHS y ERGE pero ERGE si se relaciona