

TRATAMIENTO ERRADICADOR DE *H. PYLORI* INICIAL Y DE RESCATE BASADO EN LEVOFLOXACINO EN PACIENTES ALÉRGICOS A LA PENICILINA

J.P. Gisbert^a, A. Pérez-Aisa^b, M. Castro-Fernández^c, J. Barrio^d, L. Rodrigo^e, A. Cosme^f, J.L. Gisbert^a, S. Marcos^a, R. Moreno-Otero^a

^aServicio de Aparato Digestivo, La Princesa, Madrid

^bCosta del Sol, Málaga

^cValme, Sevilla

^dRío Hortega, Valladolid

^eCentral de Asturias, Oviedo

^fDonostia, San Sebastián

Antecedentes: Hasta el momento, la experiencia en el tratamiento erradicador de aquellos pacientes alérgicos a la penicilina es muy escasa, aunque esta circunstancia se describe en la práctica clínica con relativa frecuencia. Actualmente, en estos pacientes se recomienda como primera opción la combinación de un IBP, claritromicina y metronidazol, aunque prácticamente ningún estudio ha evaluado dicha estrategia específicamente en este subgrupo de pacientes. Por otra parte, cuando fracasa este primer tratamiento erradicador, la mayoría de los pacientes tendrán resistencia frente a la claritromicina y/o el metronidazol, lo que complica especialmente el tratamiento de rescate.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de un tratamiento erradicador inicial (IBP, claritromicina y metronidazol) y de rescate (IBP, claritromicina y levofloxacino) en pacientes alérgicos a los beta-lactámicos.

Métodos: *Pacientes:* Estudio multicéntrico prospectivo incluyendo 50 pacientes consecutivos alérgicos a la penicilina (49% con úlcera péptica y 51% con dispepsia funcional). *Tratamientos:* 1ª línea (50 pacientes): IBP (a las dosis habituales/12 h), claritromicina (500 mg/12 h) y metronidazol (500 mg/12 h), durante 7-10 días. 2ª línea (15 de los 50 pacientes anteriores): IBP (a las dosis habituales/12 h), claritromicina (500 mg/12 h) y levofloxacino (500 mg/12 h), durante 10 días. *Comprobación de la erradicación:* mediante prueba del aliento con ¹³C-urea 8 semanas después de completar el tratamiento.

Resultados: 1) Primer tratamiento (IBP-claritromicina-metronidazol): las tasas de erradicación “por protocolo” y “por intención de tratar” fueron del 55% (IC 95% = 40–70%) y 54% (IC 95% = 39–69%), respectivamente. El 98% de los pacientes completó correctamente el tratamiento y el seguimiento (1 paciente no lo completó por náuseas). Se describieron efectos adversos en 5 pacientes (10%): cuatro de ellos presentaron náuseas y uno diarrea. 2) Tratamiento de rescate (IBP-claritromicina-levofloxacino): las tasas de erradicación, tanto “por protocolo” como “por intención de tratar”, fueron del 73% (IC 95% = 45–92%). La totalidad de los pacientes completaron correctamente el tratamiento y el seguimiento. Se describieron efectos adversos en 4 pacientes (20%), que no impidieron finalizar el tratamiento: náuseas leves en dos pacientes y mialgias/artralgias en un paciente.

Conclusión: En los pacientes infectados por *H. pylori* alérgicos a la penicilina, el tratamiento erradicador de primera línea habitualmente recomendado –IBP, claritromicina y metronidazol– parece ser poco efectivo. Una combinación con levofloxacino (junto a un IBP y claritromicina) representa una prometedora alternativa de rescate en los pacientes alérgicos a los beta-lactámicos.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.159

Trastornos funcionales digestivos

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) EN FAMILIARES DE PRIMER GRADO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

M. Aguas, V. Garrigues, G. Bastida, P. Nos, V. Ortiz, J. Ponce

CIBEREHD, Servicio Medicina Digestiva, Hospital Universitario La Fe, Valencia

Introducción: La EII afecta la CVRS de los pacientes, pero existe muy poca información de su impacto sobre sus familiares, en los que previamente¹ observamos que tienen mayor prevalencia de síndrome de intestino irritable (SII) que la población general.

Objetivos: Evaluar la CVRS y la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en familiares de primer grado de pacientes diagnosticados de EII, afectados o no de SII.

Material y métodos: Se incluyeron 404 familiares de 108 pacientes con EII. Se excluyeron los familiares afectados de EII. Se diferenció tipo de parentesco por consanguinidad (padre, hermano, hijo) o por afinidad (cónyuge) y convivencia en el mismo domicilio. La CVRS se evaluó mediante el cuestionario de salud SF-36 y la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión, con la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS). A través del paciente se invitó a los familiares a cumplimentar un cuestionario para conocer si cumplían criterios de SII (Roma I y II) y los gastos sanitarios directos utilizados (consultas médicas y autoconsumo de fármacos sin prescripción médica). La tasa de respuesta evaluable en los pacientes con EII fue del 84,2% (n = 91) y en sus familiares del 89,1% (n = 360).

Resultados: La prevalencia de SII en los familiares fue de 49,4% para Roma I y 10% para Roma II. No se encontraron diferencias en las puntuaciones del cuestionario SF-36 entre familiares de pacientes con EII y la población general² en la mayoría de las dimensiones, pero fueron inferiores (p < 0,05) en el subgrupo de pacientes con SII (Roma I y Roma II). Los familiares con SII (Roma I) (n = 178), tuvieron puntuaciones peores que la población general, pero más altas (p < 0,05) que los pacientes con EII, excepto para la función física y la salud mental. Los familiares con SII (Roma II) (n = 36) tuvieron igual perfil de salud que los pacientes con EII. La CVRS fue siempre peor en las mujeres. No hubo diferencias en la CVRS al diferenciar a los familiares porque conviviesen o no con el paciente de EII (tuvieran o no SII) ni por el tipo de parentesco. El 60% y 83,2% de los familiares presentaron sintomatología de ansiedad y depresión, respectivamente; frente al 59% y el 85,3% de los casos índices. Hubo asociación significativa entre la mayoría de las dimensiones del cuestionario de salud SF-36 y las puntuaciones total y subescalas de ansiedad y depresión de la HADS. El uso de recursos sanitarios fue significativamente mayor en los familiares con SII (Roma I y II) y en aquellos familiares con disminución de la CVRS respecto a la población general.

Conclusión: Los familiares de primer grado de pacientes con EII tienen similar CVRS que la población general. Sólo es peor en los que cumplen criterios de SII, con similar impacto negativo que los pacientes con EII cuando cumplen criterios de Roma II. La convivencia con el paciente no marca diferencias. ¹Aguas M et al. *Gastroenterol Hepatol* 2008; 31(3): 16. ²Alonso J et al. *Med Clin (Barc)* 1998; 111: 410–16.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.160