



## 128 - TENDENCIAS TEMPORALES DE PRESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTOS ERRADICADORES Y DE SU EFECTIVIDAD EN PACIENTES NAÏVE EN ESPAÑA ENTRE 2013 Y 2022: 10 AÑOS DE EXPERIENCIA DEL REGISTRO EUROPEO SOBRE EL MANEJO DE LA INFECCIÓN POR *H. PYLORI* (HP-EUREG)

Luis Hernández<sup>1</sup>, María Ángeles Pérez-Aisa<sup>2</sup>, Samuel Jesús Martínez- Domínguez<sup>3</sup>, Manuel Pabón-Carrasco<sup>4</sup>, Luis Bujanda<sup>5</sup>, Alfredo Lucendo<sup>6</sup>, Luis Rodrigo<sup>7</sup>, Ana Garre<sup>8</sup>, Jose María Huguet<sup>9</sup>, Noelia Alcaide<sup>10</sup>, Mónica Perona<sup>11</sup>, Jesús Barrio<sup>12</sup>, Óscar Núñez<sup>13,14</sup>, Javier Tejedor Tejada<sup>15</sup>, Pilar Mata<sup>16</sup>, Diego Ledro<sup>17</sup>, Juan Ortuño<sup>18</sup>, Manuel Dominguez Cajal<sup>19</sup>, Gema Ladrón<sup>20</sup>, Judith Gómez Camarero<sup>21</sup>, Blas José Gómez Rodríguez<sup>17</sup>, Olga P. Nyssen<sup>8</sup>, Francis Megraud<sup>22</sup>, Colm O'Morain<sup>23</sup> y Javier P. Gisbert<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero. <sup>2</sup>Agencia Sanitaria Costa del Sol, Málaga. <sup>3</sup>Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa IIS Aragón y CIBERehd, Zaragoza. <sup>4</sup>Hospital de Valme, Sevilla. <sup>5</sup>Hospital Donostia/Instituto Biodonostia y CIBERehd, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), San Sebastián. <sup>6</sup>Hospital General de Tomelloso. <sup>7</sup>Hospital Central de Asturias, Oviedo. <sup>8</sup>Hospital de La Princesa, IIS-Princesa, UAM y CIBERehd, Madrid. <sup>9</sup>Hospital General Universitario de Valencia. <sup>10</sup>Hospital Clínico de Valladolid. <sup>11</sup>Hospital Quirón Marbella, Málaga. <sup>12</sup>Hospital Río Hortega, Valladolid. <sup>13</sup>Hospital Universitario La Moraleja, Madrid. <sup>14</sup>Clínica Ntra. Señora del Rosario, Madrid. <sup>15</sup>Hospital de Cabueñes, Gijón. <sup>16</sup>Hospital Universitario de Cáceres. <sup>17</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. <sup>18</sup>Hospital La Fe, Valencia. <sup>19</sup>Hospital San Jorge, Huesca. <sup>20</sup>Hospital General de Castellón. <sup>21</sup>Hospital Universitario de Burgos. <sup>22</sup>Laboratoire de Bactériologie, Hôpital Pellegrin, Bordeaux, Francia. <sup>23</sup>Trinity College Dublin, Irlanda.

### Resumen

**Introducción:** Se desconoce el grado y el retraso de la implementación de las recomendaciones científicas en la práctica clínica, así como el impacto potencial sobre el éxito erradicador. El objetivo de este estudio fue analizar la evolución de las prescripciones y de la efectividad terapéutica de primera línea en España.

**Métodos:** Registro prospectivo, multicéntrico de la práctica clínica de los gastroenterólogos europeos sobre el manejo de la infección por *H. pylori* (Hp-EuReg). Los datos se registraron en un e-CRD en AEG-REDCap entre 2013 y noviembre 2022 y se incluyeron todos los casos de primera línea de tratamiento. La efectividad se analizó por intención de tratar modificada. Todos los datos fueron sujetos a control de calidad.

**Resultados:** Se analizaron 16.447 pacientes *naïve* a tratamiento. En total se prescribieron 44 terapias diferentes, aunque se analizaron los nueve esquemas más frecuentes (tabla). El uso de los tratamientos triples disminuyó del 41% (2013) al 1,8% (2022); las terapias cuádruples sin bismuto (secuencial y concomitante con amoxicilina- claritromicina-metronidazol/tinidazol) disminuyeron en > 10%, mientras que las cuádruples con bismuto-tetraciclina-metronidazol en cápsula única (Pylera®) aumentaron del 1% (2013) al 63% (2022). También se observó un aumento del 7% en las prescripciones de la cuádruple con bismuto-amoxicilina-claritromicina. La duración media de los

tratamientos pasó de 11,1 días (2013) a 11,4 (2022) y se identificó un aumento en el uso de dosis altas de IBP, que pasó del 26% (2013) al 36% (2022). Todos estos cambios se asociaron con un incremento en la eficacia global (por intención de tratar modificada) del 84% al 95,6%.

<b>Tabla: Evolución de la eficacia por mITT</b>										
<b>Año</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
<b>Cuádruple-C+A+B</b>	0,1%	0,1%	4,8%	24,2%	12%	18,3%	17,8%	5,1%	2%	7,4%
<b>Pylera®</b>	0,7%	0,4%	0,9%	20,2%	42,6%	52,8%	58,3%	54,5%	53,2%	62,5%
<b>Cuádruple -M+Tc+B</b>	1,5%	0,4%	0,3%	0%	0,1%	0%	0,6%	0,4%	0,1%	0,3%
<b>Concomitante-C+A+M/T</b>	44,8%	37,8%	44,1%	35,3%	35%	23,7%	31,7%	36,7%	39,4%	30,2%
<b>Secuencial-C+A+M/T</b>	11%	1,2%	1,2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
<b>Triple-A+L</b>	1,5%	1,6%	1,7%	1,1%	0,5%	0,4%	0,6%	0,4%	0,2%	0,1%
<b>Triple-A+M</b>	0,4%	0,6%	0,9%	0,1%	0,1%	0,2%	0%	0,1%	0,1%	0%
<b>Triple-C+M</b>	1,3%	2,4%	1,2%	0,7%	0,3%	0,3%	0,6%	0%	0%	0,1%
<b>Triple-C+A</b>	36,8%	53,8%	40,8%	16,9%	6,9%	2,3%	2,4%	4,7%	3%	1,6%
<b>Duración</b>										
<b>7 días</b>	3,3%	2,7%	1,5%	0,9%	0,2%	0,1%	0,3%	0,5%	0,5%	0,2%
<b>10 días</b>	66,6%	68,7%	72,9%	51,2%	59%	62%	65,5%	62%	58%	64,5%
<b>14 días</b>	30%	28,6%	25,6%	47,9%	40,9%	37,9%	34,2%	37,5%	41,6%	35,3%
<b>Dosis IBP*</b>										
<b>Baja</b>	50,9%	36,4%	40,8%	37,1%	42,8%	32,7%	43,6%	51%	46,5%	35,1%
<b>Estándar</b>	23,5%	35,5%	27,5%	19,4%	21%	18,5%	19,3%	25%	25,5%	28,7%
<b>Alta</b>	25,6%	28,1%	31,8%	43,5%	36,2%	48,8%	37,1%	24,1%	28%	36,2%
<b>Tasa de erradicación (mITT)</b>	83,5%	87,1%	86,2%	89,9%	91%	90,4%	87,5%	85,3%	90,7%	95,6%
IBP – inhibidor de la bomba de protones; C – claritromicina; M – metronidazol; T – tinidazol A; – amoxicilina; L – levofloxacino B; – sales de bismuto; Tc – tetraciclina; mITT – intención de tratar modificado. *Dosis bajas IBP – 4.5 a 27 mg omeprazol equivalente/12h; dosis estándar IBP – 32 a 40 mg omeprazol equivalente/12h; dosis altas IBP – 54 a 128 mg omeprazol equivalente/12h.										

**Conclusiones:** Los gastroenterólogos españoles van incorporando progresivamente las recomendaciones científicas a la práctica clínica, con una subsecuente mejora en la efectividad global de los tratamientos de primera línea superior al 10% en los últimos 10 años.