

#47 - LAS TERAPIAS CUÁDRUPLES SON SUPERIORES A LA TERAPIA TRIPLE CON CLARITROMICINA EN PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* EN LATINOAMÉRICA. DATOS DEL LATIN AMERICAN REGISTRY ON THE MANAGEMENT OF *HELICOBACTER PYLORI* INFECTION (HP-LATAMREG)

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-047>

Diego Reyes Placencia¹, José María Remes Troche², Oscar Laudanno³, William Otero⁴, Alejandro Piscocoy⁵, Guillermo Otoyá⁶, Christian von Muhlenbrick⁷, Rodrigo Quera⁷, Juan Ramírez García⁸, Christian Campos Núñez⁹, Hugo Cedrón¹⁰, Ignacio Hanna Jairala¹¹, Dacio Cabrera Hinojosa¹², Cesar Vargas Alayza¹³, William Araujo Gil¹³, Patricio Medel Jara¹, Gonzalo Latorre¹, Javier Chahuán¹, Alex Arenas¹⁴, Roberto Candia¹, Rodrigo Mansilla Vivar¹⁵, José Ignacio Vargas Domínguez¹, Ángel Ricardo Flores Rendón¹⁶, Luis Fernando Ochoa Meza¹⁶, Octavio Gómez Escudero¹⁷, Jesús Kazuo Yamamoto Furusho¹⁸, Eumir Israel Juárez Valdés¹⁹, Rodrigo Guirao Pérez¹⁹, Gabriela Bretón Arroy¹⁹, Luis Raúl Valdovinos García²⁰, Nayeli Xochiquétzal Ortiz Olvera²¹, Erika Ruiz García²², María Eugenia Icaza Chávez²³, Ángeles Elizabeth Olalde Salgado²⁴, Margarita Pizarro¹, Francisca Martínez¹, Felipe Silva¹, Guillermo Fernández²⁵, Paola Adami²⁶, Gastón Ahualli²⁷, Florencia Dulcich²⁸, Elder Otero²⁹, Alba Trespacios³⁰, Anna Cano-Catalá³¹, Leticia Moreira³², Pablo Parra³³, Olga P. Nyssen³³, Javier P. Gisbert³³, Arnoldo Riquelme Pérez¹

¹Pontificia Universidad Católica de Chile, ²Universidad Veracruzana, ³Instituto Doctor Alfredo Lanari, Universidad de Buenos Aires, ⁴Universidad Nacional de Colombia, ⁵Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente, ⁶Hospital Nivel IV Guillermo Almenara Irigoyen, ⁷Clinica Universidad de los Andes, ⁸Clinica Liga contra el Cáncer, ⁹Hospital Clínica Bíblica, ¹⁰Clinica Anglo Americana, ¹¹Hospital Miguel H Alcivar, ¹²Hospital Nacional Dos de Mayo, ¹³E.S. II-1 Hospital de Chulucanas, ¹⁴Clinica Alemana de Santiago SA, ¹⁵Hospital Puerto Montt, ¹⁶ISSSTECALI, ¹⁷Hospital Ángeles Puebla, ¹⁸Hospital Medica Sur, ¹⁹Hospital Juárez de México, ²⁰Hospital Médica Sur, ²¹UMAE, CMN siglo XXI, IMSS, ²²Instituto Nacional de Cancerología, ²³Hospital Faro del Mayab, ²⁴Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM), ²⁵Centro GAHEEND, ²⁶Sanatorio Quilmes, ²⁷Clinica Monte Grande, ²⁸Hospital Udaondo, ²⁹Centro de Gastroenterología y Endoscopia, ³⁰Pontificia Universidad Javeriana, ³¹Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. Institut de Recerca i Innovació en Ciències de la Vida i de la Salut de la Catalunya Central (IRIS-CC), ³²Fundació de Recerca Clínica Barcelona-Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (FRCB-IDIBAPS), CIBEREHD, ³³Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-Princesa), Universidad Autónoma de Madrid (UAM) y CIBEREHD.

Introducción: La infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) es un problema de salud pública en Latinoamérica, donde existen altas tasas de resistencia a claritromicina, uso de esquemas inapropiados y bajas tasas de erradicación asociadas a estos esquemas. El objetivo fue evaluar las tasas de erradicación, perfil de seguridad y adherencia de las terapias cuádruples sin claritromicina, en comparación con la terapia triple basada en claritromicina en Latinoamérica. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional prospectivo en condiciones de vida real, mediante un registro multicéntrico internacional llamado Latin American Registry on the Management of *Helicobacter pylori* infection (Hp-LATAMReg) bajo la iniciativa de la generación del Worldwide Registry on The Management of *Helicobacter pylori* infection (WorldHpReg). Se recopiló la información utilizada por gastroenterólogos en siete países (Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México y Perú) desde 2015 a 2024. Los datos fueron registrados en una base de datos de AEG-REDCap en un cuaderno de recogida de datos electrónico. La evaluación final de las tasas de erradicación se realizó mediante un análisis por intención de tratar modificado (mITT) ajustadas por uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP) en altas dosis y duración de terapia de 14 días por esquema, tasas de efectos adversos y adherencia. Finalmente, se compararon las tasas de erradicación y de efectos adversos de los esquemas mediante regresión multivariada de Poisson, ajustada por país, sexo, edad, dosis de IBP y duración del tratamiento. **Resultados:** Se registraron 2.632 pacientes, de los cuales 2.323 (88%) tuvieron indicación de erradicación de primera línea (naïve). Se analizaron las ocho terapias más frecuentemente utilizadas (n=2.210, 84%): triple terapia convencional basada en claritromicina (IBP-amoxicilina (A)-claritromicina (C); n=801, 35%), IBP-A-C-metronidazol (M) (n=366, 16%), terapia dual (IBP-A; n=274, 12%), IBP-doxiciclina(D)-M-bismuto (B) (n=201, 8,7%), IBP-tetraciclina (Tc)-M-B (n=185, 8%), IBP-A-M-B (n=156, 6,7%), IBP-A-C-B (n=118, 5,1%) e IBP-A-levofloxacino (L) (n=109, 4,7%). Al considerar sólo las terapias con IBP en altas dosis y de duración de 14 días, se evidenció que las terapias IBP-A-M-B (97%, n=97) e IBP-Tc-M-B (93%, n=122) fueron las de mayor efectividad (Tabla 1). En el modelo de comparación de las tasas de erradicación y de efectos adversos de la terapia IBP-A-C con las otras siete terapias analizadas, IBP-A-M-B (RR 1,23 [IC 95% 1,14-1,33], p<0,01) e IBP-A-C-M (RR 1,21 [IC 95% 1,13-1,29], p<0,01) fueron superiores a la terapia IBP-A-C (Tabla 2). Las terapias IBP-A (RR 0,23 [IC 95% 0,15-0,37], p<0,01) e IBP-Tc-M-B (RR 0,52 [IC 95% 0,31-0,86], p=0,01) tuvieron un menor riesgo de presentar efectos adversos. **Conclusiones:** Las terapias cuádruples (con o sin bismuto) tienen una efectividad mayor que la terapia triple con claritromicina, sin diferencias en la presencia de efectos adversos ni adherencia al tratamiento. Hp-LATAMReg permite obtener datos locales en relación al manejo de la infección por *H. pylori* y así poder optimizar el tratamiento de esta infección en América Latina.



	Prescripción (% n)							
	IBP-A-C	IBP-A-C-M	IBP-A	IBP-D-M-B	IBP-Tc-M-B	IBP-A-M-B	IBP-A-C-B	IBP-A-L
Uso (% n)	35%, n=801	16%, n=366	12%, n=274	8,7%, n=201	8%, n=185	6,7%, n=156	5,1%, n=118	4,7%, n=109
Tasa de erradicación por mITT (% n) (p<0,01*)	75%, n=595	89%, n=327	88%, n=241	87%, n=172	87%, n=160	95%, n=148	79%, n=93	74%, n=81
Tasa de efectos adversos (% n) (p<0,01*)	35%, n=281	41%, n=151	7,3%, n=20	48%, n=97	12%, n=23	47%, n=72	18%, n=21	20%, n=22
Tasa de adherencia (% n) (p=0,6*)	98%, n=779	99%, n=363	98%, n=269	96%, n=193	97%, n=181	97%, n=152	98%, n=117	99%, n=109
Uso de IBP en altas dosis (% n) (p<0,01*)	25%, n=192	31%, n=105	98%, n=267	52%, n=102	73%, n=132	65%, n=100	22%, n=25	43%, n=44
14 días de duración de terapia (% n) (p<0,01*)	89%, n=697	98%, n=358	99%, n=273	97%, n=195	99%, n=184	100%, n=156	95%, n=105	90%, n=99
Tasa de cura por mITT en uso de altas dosis de IBP (% n) (p<0,01*)	69%, n=131	85%, n=88	88%, n=236	83%, n=85	93%, n=123	97%, n=97	72%, n=18	77%, n=34
Tasa de cura por mITT ante 14 días de duración de terapia (% n) (p<0,01*)	77%, n=530	91%, n=322	88%, n=241	88%, n=171	87%, n=159	95%, n=148	78%, n=81	77%, n=75
Uso de IBP en altas dosis y 14 días de duración de terapia (% n) (p<0,01*)	23%, n=185	26%, n=96	99%, n=266	49%, n=98	71%, n=131	64%, n=100	21%, n=25	37%, n=40
Tasa de cura por mITT ante uso de altas dosis de IBP y 14 días de terapia (% n) (p<0,01*)	74%, n=115	90%, n=84	89%, n=236	85%, n=83	93%, n=122	97%, n=97	72%, n=18	80%, n=32

Tabla 1. Tasas de erradicación evaluadas por análisis de intención de tratar modificado (mITT), tasas de efectos adversos, adherencia, frecuencia de uso de inhibidor de bomba de protones (IBP) en alta potencia y frecuencia de uso de 14 días de duración de terapia entre las ocho terapias más frecuentes utilizadas en primera línea del registro Hp-LATAMReg. El análisis mediante mITT se realizó evaluando exclusivamente los fracasos versus los éxitos de tratamiento, independiente de su cumplimiento.

*Prueba de Chi-cuadrado.

**C = claritromicina; A = amoxicilina; B = sales de bismuto; M = metronidazol; L = levofloxacino; Tc = tetraciclina; D = doxiciclina; Dosis altas de IBP (54 a 128 mg equivalentes de omeprazol dos veces al día) (19).

Esquema	RR de erradicación (IC 95%)	Valor p
IBP-A-C	Referencia	-
IBP-A-M-B	1,23 (1,14-1,33)	<0,01
IBP-A-C-M	1,21 (1,13-1,29)	<0,01
IBP-D-M-B	1,18 (1,09-1,28)	<0,01
IBP-A-C-B	1,08 (0,96-1,21)	0,20
IBP-Tc-M-B	1,03 (0,94-1,14)	0,52
IBP-A	1,00 (0,92-1,09)	0,95
IBP-A-L	0,98 (0,86-1,11)	0,73

Tabla 2. Modelo de Poisson multivariado ajustado por país, edad, sexo, potencia de IBP utilizada y duración del esquema de tratamiento para la evaluación de las tasas de erradicación en comparación a la terapia IBP-A-C.

*IBP = Inhibidor de bomba de protones; C = claritromicina; A = amoxicilina; B = sales de bismuto; M = metronidazol; L = levofloxacino; Tc = tetraciclina; D = doxiciclina.; IC= intervalo de confianza; RR= riesgo relativo,