



INTRODUÇÃO

A prevalência da infeção por *Helicobacter Pylori* (HP) em Portugal ronda os 85%. Atendendo às altas taxas de resistência à claritromicina, os esquemas de erradicação recomendados como primeira linha são a terapêutica quádrupla concomitante com (TQCB) ou sem bismuto (TQC) durante 10 a 14 dias. Existem poucos dados que avaliem a aplicação destas recomendações à realidade portuguesa.

Objetivo: avaliar a eficácia das terapêuticas de primeira linha numa consulta de Gastreenterologia.

MATERIAL/MÉTODOS

Estudo observacional do tipo coorte prospetivo de doentes submetidos a terapêutica de erradicação da HP na Consulta Externa de Gastreenterologia de um Hospital terciário no primeiro trimestre de 2019. Foram incluídos os doentes medicados com TQCB e TQC.

RESULTADOS

Foram incluídos 60 doentes, cujas características se encontram representadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Características basais dos doentes.

Género feminino – n (%)	32 (53,3)
Idade – Me ± AIQ	60 ± 28,5
Fumadores – n (%)	10 (16,7)
Método de diagnóstico – n (%)	
Histologia	45 (75)
Teste respiratório	9 (15)
Serologia	6 (10)
Indicação para a pesquisa – n (%)	
Dispepsia	36 (60)
Doença ulcerosa péptica	9 (15)
“Gastropatia”	5 (8,3)
Hist. familiar de cancro gástrico	4 (6,7)
Outras	6 (10)

Foi realizado tratamento com TQCB em 78.3% dos doentes (n=47) e TQC nos restantes (n=13), que foram administrados como 1ª, 2ª e 3ª linha terapêuticas em 66,7%, 23,3% e 6,7% dos casos, respetivamente. Esta distribuição encontra-se representada no Gráficos 1.

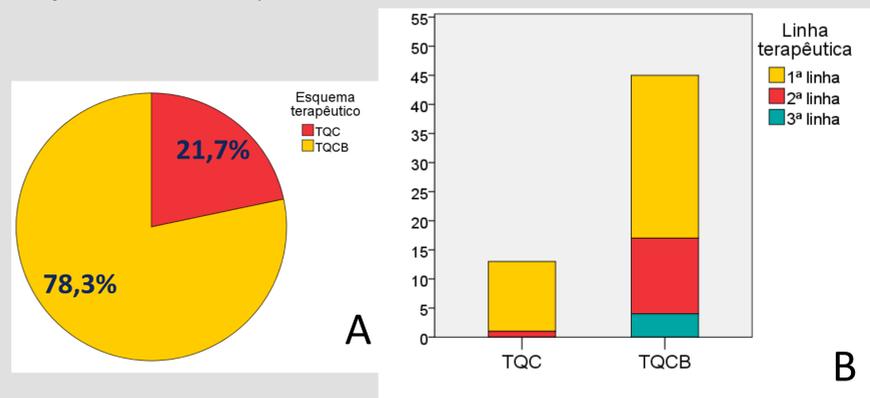


Gráfico 1 – Distribuição dos doentes consoante o esquema terapêutico utilizado (A) e linha terapêutica (B).

Houve 3 casos de falência terapêutica com a TQCB (taxa de erradicação ITT 93,6% e PP 95,7%) e 1 caso de falência terapêutica com a TQC (taxa de erradicação 92,3%), conforme exposto na Tabela 2.

Tabela 2 – Falências terapêuticas consoante o esquema terapêutico utilizado.

Falência terapêutica TQCB (n=3)	Falência terapêutica TQB (n=1)
1. doente com incumprimento terapêutico;	1. doente não fumador, sem esquemas de erradicação prévios e com cumprimento terapêutico.
2. doente fumador com 2 esquemas de erradicação prévios;	
3. doente não fumador, sem esquemas de erradicação prévios e com cumprimento terapêutico.	

Foram reportados efeitos adversos associados à TQC em 5 doentes (38.4%), mais frequentemente diarreia (n=4), e à TQCB em 3 doentes (6.4%) (língua erosionada, cansaço, diarreia).

CONCLUSÕES

A eficácia da TQC e TQCB na erradicação da HP na nossa amostra foi semelhante à relatada noutros países europeus.

REFERÊNCIAS

- Megraud F, Kuipers EJ, Malfertheiner P, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection — the Maastricht V / Florence Consensus Report Management of *Helicobacter pylori* infection — the Maastricht V / Florence Consensus Report. 2016;(October). doi:10.1136/gutjnl-2016-312288.
- Chey WD, Leontiadis GI, Howden CW, Moss SF. ACG Clinical Guideline : Treatment of *Helicobacter pylori* Infection. 2017;112(2):212-239. doi:10.1038/ajg.2016.563.
- Espa IVC, Consenso D, Bermejo F, et al. Gastroenterología y Hepatología. 2016;39(10).
- Norma de Orientação Clínica *Helicobacter Pylori*, Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia, 2007.
- Almeida N, Romãozinho JM, Donato MM, et al. *Helicobacter pylori* antimicrobial resistance rates in the central region of Portugal. *Clin Microbiol Infect*. 2014;20(11):1127-1133. doi:10.1111/1469-0691.12701.
- Oleastro M, Furtado C, Santos A. *pylori* em doentes sintomáticos de dois hospitais da região de Lisboa. 2014:25-29.
- Almeida N, Donato MM, Romãozinho JM, et al. Beyond Maastricht IV : are standard empiric triple therapies for *Helicobacter pylori* still useful in a South-European country ? 2015:1-8. doi:10.1186/s12876-015-0245-y.
- Cerqueira RM, Correia MR, Fernandes CD, Vilar H, Manso MC. Cumulative *Helicobacter pylori* Eradication Therapy in Obese Patients Undergoing Gastric Bypass Surgery. 2013:145-149. doi:10.1007/s11695-012-0747-4.