

Las intervenciones ST 10 o 14 y CT 10 o 14 presentan daños similares a los daños de la terapia triple		<b>Intervenciones</b>	<b>OR IC 95% Network</b>	<b>Diferencia con referencia al 75%</b>	<b>Certeza GRADE</b>	El GEG considera que la terapia triple (TT) de 10 o 14 días, la terapia secuencial (ST) de 10 o 14 días y la terapia concomitante (CT) de 10 o 14 días tienen similar frecuencia de efectos adversos. No tenemos evidencia para la terapia cuádruple basada en bismuto; sin embargo, existe información respecto a la terapia basada en bismuto con 10 o 14 días, en la cual, se reporta, igualmente, un perfil similar de reacciones adversas que la TT de 7 días.
	<b>Categoría 1: Entre los que tienen menos reacciones adversas</b>	L-7	0.69 (0.49 a 0.94)	76 menos por 1000 (de 155 menos a 12 menos)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	
		P-7	0.65 (0.47 a 0.87)	89 menos por 1000 (de 165 menos a 27 menos)	BAJA ⊕⊕○○	
	<b>Categoría 0: Reacciones adversas equivalentes o menores a la terapia triple</b>	C-7	1.19 (0.49 a 2.20)		BAJA ⊕⊕○○	
		ST-10 o 14	1.00 (0.85 a 1.18)		MUY BAJA ⊕○○○	
		TT-10 o 14	1.10 (0.94 a 1.26)		BAJA ⊕⊕○○	
		B-10 o 14	1.08 (0.85 a 1.34)		MUY BAJA ⊕○○○	
		B-7	0.97 (0.69 a 1.32)		MUY BAJA ⊕○○○	
		C-10 o 14	1.13 (0.83 a 1.48)		BAJA ⊕⊕○○	
		P-10 o 14	1.59 (0.44 a 3.18)		BAJA ⊕⊕○○	
RB-10 o 14		1.16 (0.81 a 1.59)		BAJA ⊕⊕○○		
L-10 o 14	1.26 (0.83 a 1.79)		MUY BAJA ⊕○○○			
<b>Desenlaces importantes para los pacientes:</b> ¿La tabla SoF considera todos los desenlaces importantes para los pacientes?						
<b>Juicio</b>	<b>Evidencia</b>				<b>Consideraciones adicionales</b>	
o No o Probablemente no ● Probablemente sí o Sí					El GEG consideró que el desenlace más importante en la pregunta PICO es la erradicación de H. pylori y eventos adversos; sin embargo, podrían considerarse algunos desenlaces a largo plazo como sangrado de úlcera péptica y cáncer gástrico.	
<b>Balance de los efectos:</b> ¿Cuáles son las intervenciones que tienen un mejor balance d beneficios/daños? (tomar en cuenta los beneficios, daños, certeza de la evidencia y la presencia de desenlaces importantes)						
<b>Juicio</b>	<b>Evidencia</b>				<b>Consideraciones adicionales</b>	
Tienen mejor balance de beneficios/daños: ● Terapia triple de 14 días ● Terapia secuencial ST de 10 o 14 días ● Terapia concomitante de 10 o 14 días ● Terapia cuádruple basada en bismuto (BQT) de 10 o 14 días					El GEG considera que tanto la terapia secuencial (ST) de 14 días basada en claritromicina, la terapia concomitante (CT) de 10 días o más basada en claritromicina, las terapias triples de 10 o 14 días basados en claritromicina (TT-C-10 y TT-C-14), y la cuádruple basada en bismuto (BQT-14) son eficaces y tienen similar frecuencia de eventos adversos.  Tomando en cuenta el contexto de posible resistencia antibiótica, el GEG no considera que una terapia tenga un mejor balance riesgo beneficio que la otra.	
<b>Uso de recursos:</b> ¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de las intervenciones?						
<b>Juicio</b>	<b>Evidencia</b>				<b>Consideraciones adicionales</b>	
o Todas son igualmente costosas  ● Unas son visiblemente más costosas que otras (mencionar cuáles):	<b>Terapia</b>		<b>Costo por 10 días</b>	<b>Costo por 14 días</b>	El GEG considera que los costos correspondientes a tanto la terapia secuencial (ST) de 14 días basada en claritromicina, la terapia concomitante (CT) de 10 días o más basada en claritromicina, las terapias triples de 10 o 14 días basados en claritromicina (TT-C-10 y TT-C-14),	
	Terapia triple de 14 días		--	9 soles		
	Terapia secuencial de 10 o 14 días		8.00 soles	14.00 soles		
	Terapia concomitante de 10 o 14 días		12.00 soles	16.00 soles		
	Terapia cuádruple con bismuto de 10 o 14 días		18.00 soles	25.00 soles		

Terapia cuádruple con bismuto de 10 o 14 días		son similares y reducidos. La terapia cuádruple basada en bismuto (BQT-14) es más costosa que los esquemas antes mencionados.
<b>Equidad:</b> ¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud de preferir cada intervención? (Equidad: favorecer a poblaciones vulnerables como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc)		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Todas son igualmente equitativas</li> <li>○ Unas son visiblemente más equitativas que otras (mencionar cuáles): _____</li> </ul>		<p>El GEG consideró que las terapias triples y cuádruples son menos complejas que las secuenciales y concomitante, ya que éstas últimas serían más difíciles de comprender y adherirse para ciertos pacientes, especialmente la población de la tercera edad.</p> <p>Sin embargo, el GEG señala que, a pesar de que existan estas diferencias y algunas personas se puedan ver perjudicadas, ninguna es visiblemente más o menos equitativa que la otra, por lo que, a su juicio, todas son igualmente equitativas.</p>
<b>Aceptabilidad:</b> ¿Cuán aceptables son las intervenciones para el personal de salud y los pacientes?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Todas son igualmente aceptables</li> <li>● Unas son visiblemente más aceptables que otras (mencionar cuáles):  Las terapias TT-C-10 y TT-C-14, la BQT-14</li> <li>○Varía</li> </ul>		<p><b>Personal de salud:</b> El GEG considera que las terapias más aceptadas serían las triples basadas en claritromicina y las cuádruples basada en bismuto dado su amplio uso y conocimiento por los médicos. Por otro lado, las terapias secuenciales y concomitantes podrían ser menos aceptadas por los médicos debido a su poco uso y a la probable poca adherencia de los pacientes.</p> <p>Adicionalmente, el GEG toma en consideración la problemática de resistencia antibiótica sugerida por la RS de Camargo et al 2014 (55) y la RS de Savoldi (56) y estudios peruanos con muestras pequeñas y no representativas de la población general (50, 51). En estos últimos se reporta tasas altas de resistencia a claritromicina y metronidazol, por lo que el GEG considera que el personal de salud aceptaría las terapias que podrían disminuir esta probable resistencia como la adición de otro antibiótico o bismuto al régimen con metronidazol (57).</p> <p>Por ende, el GEG considera que no todo el personal de salud aceptaría las terapias secuencial o concomitante tanto como las triples y cuádruple con bismuto y que se debería realizar una evaluación individualizada sobre el probable riesgo a resistencia</p>

		<p>según la exposición antibiótica previa del paciente.</p> <p><b>Pacientes:</b> El GEG considera que los pacientes podrían encontrar difícil el uso de la terapia secuencial (ST) y la terapia concomitante (CT) por lo complicado del esquema de administración y esto conllevaría a limitar su aceptación por los pacientes, mientras que las terapias triples y cuádruples les serían más sencillas de usar.</p> <p>Con todo, el GEG considera que las terapias más aceptables serían las triples y la cuádruple con bismuto, aunque a falta de un perfil de resistencia representativo, la aceptabilidad puede variar de acuerdo al contexto en el que se encuentra el paciente.</p>
<b>Factibilidad:</b>		
¿Cuán factibles de implementar son las intervenciones?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas son igualmente factibles</li> <li>o Unas son visiblemente más factibles que otras (mencionar cuáles): _____</li> </ul>		<p>El GEG considera que las terapias más eficaces son factibles, pero se debe considerar una mayor capacitación del personal de salud y estrategias para garantizar la adherencia de los pacientes a los esquemas de tratamiento.</p>

**Recomendaciones y justificación:**

N°	Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación
5.1	<p><b>Dirección:</b> La terapia triple de 10 o 14 días resultó ser más efectiva que la referencia, además de ser, probablemente la más aceptada, por ende, se emitió una recomendación a favor de su uso</p> <p><b>Fuerza:</b> Considerando que no fue la terapia más efectiva y que la certeza de la evidencia es moderada, se emitió una recomendación condicional.</p> <p><b>Dirección:</b> La terapia secuencial de 14 días basada en claritromicina fue una de las de mayor eficacia, por ende, se emitió una recomendación a favor de su uso.</p>	<p>En personas con infección por H. pylori, sugerimos optar por una de las siguientes terapias de primera línea, en base a la factibilidad y aceptabilidad de la terapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia triple basada en claritromicina de 10 a 14 días (<b>Recomendación condicional a favor. Certeza de la evidencia: Moderada ⊕⊕⊕⊖</b>),</li> <li>o</li> <li>• Terapia secuencial basada en claritromicina de 14 días (<b>Recomendación condicional a favor. Certeza de la evidencia: Moderada ⊕⊕⊕⊖</b>),</li> </ul>

	<p><b>Fuerza:</b> A pesar de que presenta una certeza de evidencia moderada, la aceptabilidad por los médicos y pacientes podría ser baja por la complejidad del esquema, por lo que decide emitir una recomendación condicional</p>	<p>o</p>
	<p><b>Dirección:</b> La terapia concomitante de 10 días o más basada en claritromicina fue una de las de mayor eficacia, por ende, se emitió una recomendación a favor de su uso.</p> <p><b>Fuerza:</b> A pesar de que presenta una certeza de evidencia moderada, la aceptabilidad por los médicos y pacientes también podría ser baja por la complejidad del esquema, por lo que decide emitir una recomendación condicional.</p>	<p>• Terapia concomitante basada en claritromicina de 10 a 14 días (<b>Recomendación condicional a favor. Certeza de la evidencia: Moderada ⊕⊕⊕⊖</b>),</p> <p>o</p>
	<p><b>Dirección:</b> La terapia cuádruple con bismuto de 14 días es más efectiva que el comparador y presenta una opción para contrarrestar la resistencia nitroimidazoles, por ende, se emitió una recomendación a favor de su uso.</p> <p><b>Fuerza:</b> Considerando que no fue la terapia más efectiva, que la certeza de la evidencia es moderada y, se decidió emitir una recomendación condicional.</p>	<p>• Terapia cuádruple basada en bismuto de 10 o 14 días (<b>Recomendación condicional a favor. Certeza de la evidencia: Moderada ⊕⊕⊕⊖</b>)</p>

**Puntos de BPC:**

El GEG consideró relevante emitir los siguientes puntos de BPC al respecto de la pregunta clínica desarrollada:

N°	Justificación	Punto de BPC																								
5.2	<p>El IV consenso de Florencia (1), especifica las dosis en los esquemas de tratamiento de las terapias secuencial, concomitante y la terapia triple basados en macrólidos: claritromicina. Si existe antecedente de alergia a penicilinas se substituirá la amoxicilina por metronidazol.</p>	<p>Los esquemas de tratamiento de primera línea sugeridos en base a las terapias recomendadas son:</p> <table border="1" data-bbox="735 1413 1449 1839"> <thead> <tr> <th colspan="4">Esquemas de tratamiento de Primera Línea</th> </tr> <tr> <th>Terapia</th> <th>Drogas y dosis</th> <th>Frecuencia</th> <th>Duración</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>La terapia triple (TT)</td> <td>• Amoxicilina* 1 gr • Omeprazol 20 mg • Claritromicina 500 mg</td> <td>• Cada 12 horas • Cada 12 horas • Cada 12 horas</td> <td>14 días</td> </tr> <tr> <td>La terapia secuencial (ST)</td> <td>Primeros 5/7 días: • Amoxicilina* 1gr • Omeprazol 20 mg Sigüientes 5/7 días: • Claritromicina 500 mg • Omeprazol 20 mg • Metronidazol 500 mg</td> <td>Primeros 5/7 días: • Cada 12 horas • Cada 12 horas Sigüientes 5/7 días: • Cada 12 horas • Cada 12 horas • Cada 12 horas</td> <td>10 a 14 días (en total)</td> </tr> <tr> <td>La terapia concomitante (CT)</td> <td>• Amoxicilina* 1 gr • Omeprazol 20 mg • Claritromicina 500 mg • Metronidazol 500 mg</td> <td>• Cada 12 horas • Cada 12 horas • Cada 12 horas • Cada 12 horas</td> <td>10 o 14 días</td> </tr> <tr> <td>La terapia cuádruple basada en bismuto (BQT)</td> <td>• Subsalicilato de bismuto 300 mg • Omeprazol 20 mg • Metronidazol 500 mg • Amoxicilina 1 gr</td> <td>• Cada 6 horas • Cada 12 horas • Cada 12 horas • Cada 12 horas</td> <td>10 a 14 días</td> </tr> </tbody> </table> <p>(*) En personas con alergia a amoxicilina, éste será substituido por metronidazol.</p>	Esquemas de tratamiento de Primera Línea				Terapia	Drogas y dosis	Frecuencia	Duración	La terapia triple (TT)	• Amoxicilina* 1 gr • Omeprazol 20 mg • Claritromicina 500 mg	• Cada 12 horas • Cada 12 horas • Cada 12 horas	14 días	La terapia secuencial (ST)	Primeros 5/7 días: • Amoxicilina* 1gr • Omeprazol 20 mg Sigüientes 5/7 días: • Claritromicina 500 mg • Omeprazol 20 mg • Metronidazol 500 mg	Primeros 5/7 días: • Cada 12 horas • Cada 12 horas Sigüientes 5/7 días: • Cada 12 horas • Cada 12 horas • Cada 12 horas	10 a 14 días (en total)	La terapia concomitante (CT)	• Amoxicilina* 1 gr • Omeprazol 20 mg • Claritromicina 500 mg • Metronidazol 500 mg	• Cada 12 horas • Cada 12 horas • Cada 12 horas • Cada 12 horas	10 o 14 días	La terapia cuádruple basada en bismuto (BQT)	• Subsalicilato de bismuto 300 mg • Omeprazol 20 mg • Metronidazol 500 mg • Amoxicilina 1 gr	• Cada 6 horas • Cada 12 horas • Cada 12 horas • Cada 12 horas	10 a 14 días
Esquemas de tratamiento de Primera Línea																										
Terapia	Drogas y dosis	Frecuencia	Duración																							
La terapia triple (TT)	• Amoxicilina* 1 gr • Omeprazol 20 mg • Claritromicina 500 mg	• Cada 12 horas • Cada 12 horas • Cada 12 horas	14 días																							
La terapia secuencial (ST)	Primeros 5/7 días: • Amoxicilina* 1gr • Omeprazol 20 mg Sigüientes 5/7 días: • Claritromicina 500 mg • Omeprazol 20 mg • Metronidazol 500 mg	Primeros 5/7 días: • Cada 12 horas • Cada 12 horas Sigüientes 5/7 días: • Cada 12 horas • Cada 12 horas • Cada 12 horas	10 a 14 días (en total)																							
La terapia concomitante (CT)	• Amoxicilina* 1 gr • Omeprazol 20 mg • Claritromicina 500 mg • Metronidazol 500 mg	• Cada 12 horas • Cada 12 horas • Cada 12 horas • Cada 12 horas	10 o 14 días																							
La terapia cuádruple basada en bismuto (BQT)	• Subsalicilato de bismuto 300 mg • Omeprazol 20 mg • Metronidazol 500 mg • Amoxicilina 1 gr	• Cada 6 horas • Cada 12 horas • Cada 12 horas • Cada 12 horas	10 a 14 días																							

<p>5.3</p>	<p>El GEG considera señalar que debido a la potencial problemática de resistencia antibiótica, se deberían tomar en cuenta los factores de riesgo para resistencia a macrólidos, como el su uso previo de ellos por cualquier razón, una tasa de resistencia a claritromicina local mayor al 15% o a una tasa de erradicación menor al 85% de las terapias triples basadas en claritromicina(47) y los factores de resistencia a nitroimidazoles como su uso en los últimos 5 años por cualquier causa(47) o una tasa de resistencia local mayor al 40%(24). Dado que en el contexto peruano no existen estudios grandes, representativos y regionales que orienten el perfil de resistencia antibiótica, el GEG considera un abordaje individualizado de la resistencia a macrólidos y nitroimidazoles.</p>	<p>En personas con infección por H. pylori, se deberá tener en cuenta, la exposición previa a macrólidos y a nitroimidazoles del paciente para la elección de la terapia a administrar.</p>
------------	--	---

**Pregunta 6. En personas con infección por Helicobacter pylori que no respondieron al tratamiento de primera línea, ¿cuál debería ser el tratamiento de segunda línea?**

**Introducción**

El tratamiento de primera línea de erradicación de H. pylori generalmente solo alcanza entre el 70 al 80% de erradicación. Estudios afirman que la resistencia antibiótica, especialmente a la claritromicina, así como la presencia de el gen CagA serían las principales razones de esta baja proporción de erradicación (58-60). Existen pocos estudios sobre la resistencia antibiótica, así como de la presencia del gen CagA realizados a nivel nacional (51, 61, 62), por lo que se opta por un tratamiento de segunda línea empírico.

Existen diferentes tipos de terapias empíricas de segunda línea que incluyen diferentes antibióticos, dosis y duración (63). En este sentido, el GEG considera muy importante evaluar la efectividad y seguridad de las alternativas terapéuticas de segunda línea.

**Formulación de la PICO para responder esta pregunta clínica**

Para responder a la pregunta clínica se formularon las siguientes preguntas PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente / Problema	Intervención / Comparación	Desenlaces
6	Personas adultas infección de Helicobacter pylori que no ha respondido al tratamiento de primera línea	Terapia triple Terapia cuádruple Terapia secuencial Terapia concomitante	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erradicación de HP</li> <li>• Efectos secundarios</li> </ul>

**Búsqueda de RS:**

Para esta pregunta se realizó una búsqueda de GPC que contengan RS (**Anexo N° 1**) y de RS publicadas como artículos científicos (**Anexo N° 2**).

La GPC de Colombia 2016 (24) presenta 3 RS para contestar una pregunta similar; sin embargo, son estudios de comparaciones directas y con búsquedas desactualizadas. Adicionalmente, se encontró que la GPC del Colegio Americano de Gastroenterología (ACG) 2017 (40), realizó sus propios RS y MA para diferentes comparaciones directas (terapia cuádruple más bismuto; terapia triple con levofloxacino -IBP, amoxicilina, levofloxacino-; terapia concomitante; terapia triple con claritromicina; terapia triple basada en rifabutin -IBP, amoxicilina, rifabutin-; altas dosis de terapias duales con amoxicilina; otros). La GPC de NICE 2014 (30) realiza una RS acompañada de NMA en la que compara de manera directa en indirecta diferentes terapias de segunda línea.

Adicionalmente se realizó una búsqueda de RS de novo en la que se hallaron 7 RS (63-69).

RS	Puntaje en AMSTAR-2	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Número de estudios que responden la pregunta de interés	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por los estudios
Yeo 2019	10	Febrero 2018	26 ECA	• Erradicación de HP
Muñoz 2018	6	Junio 2015	58 ECA 57 OBS	• Erradicación de HP
Liu 2015	6	Junio 2014	3 ECA 18 OBS	• Erradicación de HP
Marin 2013	4	Mayo 2012	23 ECA	• Erradicación de HP
DiCaro 2012	5	Octubre 2010	14 ECA	• Erradicación de HP

				• Eventos adversos
Wu 2011	11	Diciembre 2010	7 ECA	• Erradicación de HP • Eventos adversos
Li 2010	4	Marzo 2009	16 ECA	• Erradicación de HP

**Evidencia por cada desenlace:**

PICO 6: terapia triple vs terapia cuádruple vs terapia secuencial vs terapia concomitante

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- Erradicación de HP
  - Para este desenlace se contó con 7 RS: Yeo et al 2019 (63); Muñoz et al 2018 (68); Liu et al 2015 (66); Marin et al 2013 (67); Di Caro et al 2012 (64); Wu et al 2011 (69); y Li et al 2010 (65).
  - Se decidió utilizar la RS de Yeo et al 2019 (63) debido a que fue la de mayor calidad (**Anexo N° 3**), la que realizó la búsqueda más reciente y la que comparaba todos los tratamientos entre sí mediante un NMA.
  - Para erradicación de H. pylori, la RS de Yeo et al 2019 (63) realizó un NMA que:
    - Incluyó 26 ECA (n=3628)
    - La población fue conformada por adultos en los que el tratamiento de primera línea para erradicación de H. pylori falló.
    - Las intervenciones incluyeron diferentes terapias de segunda línea: terapia triple (en su mayoría, los ECA incluían un IBP más una quinolona y amoxicilina) por 10 días o más días; terapia cuádruple no basada en quinolona por 7 días, o 10 o más días; terapia cuádruple basada en quinolona igual de 10 o más días; terapia secuencial basada en quinolona y terapia concomitante.
    - La terapia de referencia fue Terapia triple con quinolona de 7 días.
    - El desenlace de erradicación de HP fue definido según cada autor de los estudios primarios. Los estudios para confirmación de erradicación incluidos fueron: prueba de aliento, en la prueba rápida de ureasa, prueba histológica, antígeno fecal y cultivo.
  
- Efectos adversos
  - Para este desenlace se contó con 2 RS de Wu et al 2011 (69) y Li et al 2010 (65), ambos evaluaban diferentes comparaciones, pero se decidió usar la RS de Wu et al 2011 (69) por ser la de mayor calidad. La RS de Wu et al 2011 (69) compara terapia triple con moxifloxacino contra terapia cuádruple con bismuto (que en su mayoría incluían metronidazol y tetraciclina).
  - Para eventos adversos a RS de Wu et al 2011 (69) realizó un MA que:
    - Incluyó 7 ECA (n=787) con un seguimiento de 7 días.
    - La población fue conformada por adultos en los que el tratamiento de primera línea para erradicación de H. pylori falló, de los que la mayoría tuvo un tratamiento de primera línea con terapia triple (IBP + amoxicilina + claritromicina).
    - La intervención fue terapia triple con quinolona de 7 o más días.
    - La comparación fue Terapia cuádruple sin quinolona de 7 o más días.
    - El desenlace de eventos adversos fue definido como el reporte de efectos adversos gastrointestinales que pueden incluir náusea, diarrea, dolor

abdominal, constipación, y no gastrointestinales como prurito o urticaria, entre otros.

- Descontinuación de la terapia debido a eventos adversos
  - Para este desenlace se contó con 2 RS Wu et al 2011 (69) y Li et al 2010 (65), ambos evaluaban diferentes comparaciones, pero se decidió usar la RS de Wu et al 2011 por ser la de mayor calidad.
  - Para eventos adversos a RS de Wu et al 2011 (69) realizó un MA que:
    - Incluyó 7 ECA (n=787) con un seguimiento de 7 días.
    - La población fue conformada por adultos en los que el tratamiento de primera línea para erradicación de H. pylori falló.
    - La intervención fue terapia triple con quinolona de 7 o más días.
    - La comparación fue Terapia cuádruple sin quinolona de 7 o más días.
    - El desenlace de descontinuación de terapia por eventos adversos fue definido como abandono del tratamiento debido a efectos adversos reportado por el paciente.



Tablas *Summary of Findings* (SoF):

<p><b>Pregunta:</b> En personas con infección por <i>Helicobacter pylori</i> que no respondieron al tratamiento de primera línea, ¿cuál debería ser el tratamiento de segunda línea?</p> <p><b>Autores:</b> Naysha Becerra con la información de RS de Yeo et al 2019 (63)</p> <p><b>Población:</b> Pacientes que no respondieron a terapia de primera línea contra <i>H. pylori</i>.</p> <p><b>Intervención:</b> Terapias de erradicación <i>H. pylori</i>.</p> <p><b>Comparador (Referencia):</b> Terapia triple con quinolona de 7 días.</p> <p><b>Desenlace:</b> Erradicación de <i>H. pylori</i></p> <p><b>Bibliografía por desenlace:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Erradicación de HP:</b> RS NMA Yeo et al 2019 (63)</li> </ul>	
---	--

**Beneficios (NMA):**

Desenlace	Clasificación	Intervenciones	OR IC 95% Network	Riesgo absoluto			Certeza
				Intervención	Referencia	Diferencia (con ref. de 67%)	
Erradicación de HP	Categoría 1: Mejor que el tratamiento de referencia	Q-BQT-≥ 10	4.29 (1.67–12.12)	897 por 1000	670 por 10000	227 más por 1,000 (de 102 más a 291 más)	ALTA ⊕⊕⊕⊕ <sup>a</sup>
		non-Q-BQT-≥ 10	2.25 (1.10–4.62)	820 por 1000	670 por 10000	150 más por 1,000 (de 21 más a 234 más)	ALTA ⊕⊕⊕⊕
		ST	2.91 (1.16–7.65)	855 por 1000	670 por 10000	185 más por 1,000 (de 32 más a 270 más)	BAJA ⊕⊕○○ <sup>c</sup>
	No diferente a tratamiento de referencia	non-Q-BQT-7	1.14 (0.65–2.02)	-	-	-	ALTA ⊕⊕⊕⊕
		TT ≥ 10	1.66 (0.83–3.40)	-	-	-	BAJA ⊕⊕○○ <sup>c</sup>
		CT	1.25 (0.34–4.82)	-	-	-	BAJA ⊕⊕○○ <sup>c</sup>

IC: Intervalo de confianza; OR: razón de odds

**Explicaciones de riesgo de sesgo:**

- a. Se encontró imprecisión en las comparaciones directas.
- b. Se encontró estudios con alto riesgo de sesgo en las comparaciones directas.
- c. Las comparaciones indirectas que contribuyeron al resultado es de muy baja certeza.
- d. Las comparaciones indirectas que contribuyeron al resultado presentan imprecisión.

**Legenda:**

- Terapia Ref:** terapia triple con quinolona de 7 días
- Q-BQT-≥ 10:** Terapia cuádruple con quinolona de 10 días o más
- ST:** Terapia Secuencial
- non-Q-BQT-≥ 10:** Terapia cuádruple sin quinolona de 10 días o más
- TT ≥ 10:** Terapia triple con quinolona de 10 días o más
- CT:** Terapia Concomitante
- non-Q-BQT-7:** Terapia cuádruple sin quinolona de 7 días

**Pregunta:** Terapia cuádruple que contenga quinolona comparado con terapia cuádruple que no contenga quinolona para pacientes adultos que no respondieron a terapia de primera línea contra H. Pylori.

**Autor:** Naysha Becerra Chauca

**Bibliografía por desenlace:**

- **Eventos adversos:** RS Wu et al 2011 (69)
- **Descontinuación de terapia debido a evento adverso:** RS Wu et al 2011 (69)

**Daños:**

Desenlaces (outcomes)	Número y Tipo de estudios	terapia cuádruple que contenga quinolona	terapia cuádruple que no contenga quinolona	Efecto relativo (IC 95%)	Efecto absoluto -Diferencia (IC 95%)	Certeza	Importancia
Eventos adversos	7 ECA	44/435 (10.1%)	98/352 (27.8%)	<b>OR 0.27</b> (0.18 a 0.41)	184 menos por 1,000 (de 213 menos a 142 menos)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	IMPORTANTE
Descontinuación de terapia debido a evento adverso	5 ECA	6/474 (1.3%)	29/265 (10.9%)	<b>OR 0.18</b> (0.08 a 0.40)	88 menos por 1,000 (de 100 menos a 63 menos)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	IMPORTANTE

**IC:** Intervalo de confianza; **RR:** Razón de riesgo, **DM:** Diferencia de medias

**Explicaciones de riesgo de sesgo:**

- a. Se decidió disminuir 2 niveles por riesgo de sesgo incierto en el parámetro de cegamiento en todos los estudios incluidos, especialmente por ser un desenlace autoreportado.
- b. Se decidió disminuir un nivel por evidencia indirecta ya que los estudios evaluaban terapias diferentes a lo buscado.