

Revista Cubana de *Reumatología*

Órgano oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y el Grupo Nacional de Reumatología
Volumen XVI, Número 3, Suplemento 1, 2014; ISSN: 1817-5996
www.revreumatologia.sld.cu



ARTÍCULO ORIGINAL DE INVESTIGACIÓN

Gastropatía por antiinflamatorios no esteroideos en pacientes con enfermedades reumáticas

Gastropatic for no steroidal ant inflammatory in patient with rheumatic illnesses

Mavié Castellanos Gutiérrez ^I, Urbano Solís Cartas ^{II}, Alvin Faure Bermúdez ^{III}, Yamila del Carmen Villaurrutia Velazco ^{IV}

^I Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral y Gastroenterología. Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.

^{II} MSc. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral y Reumatología. Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.

^{III} Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral y Gastroenterología. Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.

^{IV} Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral y Gastroenterología. Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: los antiinflamatorios no esteroideos constituyen uno de los grupos farmacológicos de uso más frecuente en la medicina actual, siendo la piedra angular en el tratamiento del dolor y la inflamación en los pacientes con enfermedades musculoesqueléticas. La actividad antipirética, antiinflamatoria y analgésica que presentan es producida a través de su capacidad para inhibir las enzimas ciclooxigenasa, que intervienen en la síntesis de prostaglandinas, tromboxanos y leucotrienos.

Objetivo: describir las características de los pacientes con enfermedades reumáticas y gastropatía por antiinflamatorios no esteroideos.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo en 175 pacientes con diagnóstico de una enfermedad reumática que acudieron a la consulta externa, en el periodo de Febrero 2013 a Febrero 2014 que mantuvieran tratamiento con ellos al menos en los últimos tres meses, y que presentaron sintomatología digestiva.

Resultados: predominaron los pacientes con riesgo gastrointestinal alto. Los medicamentos más utilizados fueron el Piroxicam seguido por la Indometacina y el mayor número de pacientes se mantenían con la medicación por periodo de tiempo mayor a un año. Los hallazgos endoscópicos más frecuentes fueron las erosiones lineales, seguido del eritema, las lesiones petequiales y úlceras. El mayor por ciento de pacientes fue negativo para *H. pylori*.

Conclusiones: el grupo de edad que predominó en los pacientes objeto de estudio fue el de 50 -59 años, así como el sexo femenino. El medicamento más utilizado fue el Piroxicán y con tiempo de consumo superior a un año. Los hallazgos endoscópicos más frecuentes fueron las erosiones lineales, seguido del eritema y las lesiones petequiales y el mayor por ciento de pacientes fue negativo para *H. pylori* en el estudio histológico.

Palabras Clave: gastropatía, eritema, lesiones petequiales, medicamentos antiinflamatorios.

ABSTRACT

Introduction: the nonsteroidal ant inflammatory they constitute one of the pharmacological groups of more frequent use in the current medicine, being the angular stone in the treatment of the pain and the inflammation in the patients with illnesses muscle esqueletic. The activity antipyretic, anti-inflammatory and analgesic that presents it is produced through their capacity to inhibit the enzymes ciclooxigenasa that intervene in the prostaglandinas synthesis, tromboxanos and leucotrienos.

Objective: to describe the characteristics of the patients with rheumatic illnesses and gastropatic for nonsteroidal antiinflammatory

Methods: he/she was carried out a descriptive study in 175 patients with diagnostic of a rheumatic illness that went to the external consultation, in the period of February 2013 to February 2014 that maintained treatment at least with them in the last three months, and that they presented digestive symptoms.

Results: the patients prevailed with high gastrointestinal risk. The used medications were the Piroxicam continued by the Indometacina and the biggest number of patient they stayed with the medication for period of more time to one year. The discoveries more frequent endoscopic were the lineal erosions, followed by the erytema, the petequial lesions and ulcers. The biggest percent of patients was negative for *H. pylori*.

Conclusions: the age group that prevailed in the patients study object was that of 50 -59 years, as well as the feminine sex. The used medication was the Piroxicán and in advance of consumption superior to one year. The discoveries more frequent endoscopic were the lineal erosions, followed by the erytema and the petequial lesions and the biggest percent of patients it was negative for *H. pylori* in the study histological.

Keywords: gastropatic, erythema, petequial lesions, nonsteroidal antiinflammatory drugs.

INTRODUCCIÓN

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) constituyen uno de los grupos farmacológicos de uso más frecuente en la medicina actual, siendo la piedra angular en el tratamiento del dolor y la inflamación en los pacientes con enfermedades musculoesqueléticas. La actividad antipirética, antiinflamatoria y analgésica que presentan es producida a través de su capacidad para inhibir las enzimas ciclooxigenasa (COX), que intervienen en la síntesis de prostaglandinas, tromboxanos y leucotrienos.¹

Felix Hoffmanen el año 1899, trabajando en los laboratorios Bayer, sintetiza la primera droga antiinflamatoria no esteroidea, el ácido acetil-salicílico (AAS), el cual fue llamado Aspirina por

sugerencia del jefe de farmacología, siendo indicado para el tratamiento de enfermedades reumáticas y fiebre. En el año 1938, A. Douthwaite y G.Lintott demostraron mediante gastroscopía el daño provocado por la Aspirina sobre la mucosa gástrica.^{2,3}

En 1971, Sir. J. Vane plantea que el mecanismo de acción de los Aines podría ser a través de la inhibición de las prostaglandinas (PG). Posteriormente se supo que las PG actúan inhibiendo la enzima ciclooxigenasa (COX). En la actualidad se conoce que esta enzima tiene por lo menos 3 isoformas diferentes.⁴

Las prostaglandinas se producen a partir de una ruta oxidativa del ácido araquidónico y las enzimas COX (COX-1, COX-2 y COX-3), siendo más relevantes las 2 primeras. La COX-3 es una isoforma de la COX-1, que solo difiere en la estructura de un aminoácido, y su función, aunque se cree que es antipirética, continúa siendo incierta.⁴

Los AINE no selectivos inhiben ambas isoformas y, por lo tanto, su efecto beneficioso ha ido siempre asociado en uno u otro grado a la inducción de lesiones del tracto digestivo, cuando la capacidad de defensa de la mucosa no es compensada por otros mecanismos responsables de la defensa mucosa a la agresión repetida. La introducción de fármacos inhibidores selectivos de la COX-2 abrió una nueva línea en el tratamiento de los procesos reumatológicos y de los procesos dolorosos e inflamatorios en general, además de la posibilidad de utilizarlos en la prevención del cáncer de colon y tratamiento de síndromes polipósicos, ya que presentan una eficacia igual a la de los AINES no selectivos pero con un perfil de toxicidad gastrointestinal más seguro.

Estas expectativas, se han visto reducidas ante la evidencia de desarrollo de efectos secundarios de tipo cardiovascular (CV) graves con estos fármacos.⁵

El término gastropatía por antiinflamatorios no esteroideos (AINES) fue introducido en 1987 con la finalidad de diferenciar a la úlcera producida por estos agentes de la úlcera péptica clásica, así como para distinguirla de otras gastropatías como la hipertensiva que se presenta en el cirrótico y de las alteraciones de las gastritis comunes en donde predomina el componente inflamatorio y no el que caracteriza al producido por los AINE.⁵

La única forma posible de evaluar la presencia/ausencia de lesiones gastroduodenales es mediante la práctica de una endoscopia del tracto digestivo superior.

La evaluación del tracto digestivo inferior ante la sospecha de lesiones por AINES incluye la práctica de colonoscopia y la cápsula endoscópica para evaluar el intestino delgado. Las lesiones más frecuentes producidas por los AINES ocurren en la mucosa gastroduodenal, pero todo el tracto digestivo desde el esófago al recto, puede lesionarse.⁶

En la mucosa gastroduodenal, se producen petequias, equimosis, erosiones, úlceras, y eventualmente complicaciones como hemorragia, perforación o estenosis.

Las petequias, equimosis y erosiones aparecen en las primeras horas del comienzo del tratamiento, estas lesiones pasan inadvertidas, ya que son asintomáticas en la mayoría de los pacientes y desaparecen con el uso continuado, en un proceso de adaptación de la mucosa. La aparición de una úlcera, supone el fracaso de los mecanismos de adaptación y pueden comprometer la vida del paciente por el riesgo de complicación.⁶

Las lesiones duodenales son menos frecuentes que las gástricas; no obstante las complicaciones se presentan con igual frecuencia en ambas localizaciones.⁷

No todas las personas que consumen AINES presentan efectos secundarios gastrointestinales. Solamente una pequeña proporción de ellos desarrolla úlceras y otra más pequeña todavía presenta complicaciones.

Los factores que pueden predisponer a un sujeto a padecer una complicación asociada a la utilización de AINE están en general bien definidos y son un elemento clave a la hora de planificar estrategias de tratamiento y profilaxis.

Se debe realizar una evaluación personalizada del perfil de riesgo gastrointestinal basal de cada paciente y del AINE a utilizar a partir de los factores de riesgo.⁸ (Anexo 1)

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo en 175 pacientes con diagnóstico de una enfermedad reumática que acudieron a la consulta externa, en el periodo de Febrero 2013 a Febrero 2014 que mantuvieran tratamiento con AINES y que presentaran sintomatología digestiva aceptando participar en el estudio.

Para la recolección de los datos se diseñó un cuestionario en el cual se incluía: datos demográficos del paciente, indicación, dosis y duración del consumo de AINES/aspirina, la utilización simultánea de anticoagulantes, esteroides o antiagregantes como el clopidogrel y consumo de dos o más AINES, el diagnóstico actual o previo de úlcera péptica complicada o no complicada, síntomas de reflujo gastroesofágico (pirosis y/o regurgitación), dispepsia (dolor o malestar en el abdomen superior con o sin náuseas o sensación de distensión abdominal), intolerancia a los AINES y la utilización concomitante de inhibidores de la bomba de protones. Anexo 1

Con los datos recogidos se realizó la evaluación del riesgo gastrointestinal que presentaba cada paciente. Tabla 7

También se incluyeron las comorbilidades importantes como insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión arterial, accidente cerebrovascular, diabetes o dislipidemia.

El diagnóstico de gastropatía por AINES se realizó mediante la realización de una endoscopia digestiva superior a todos los pacientes incluidos en el estudio. Existen varias clasificaciones endoscópicas, variaciones todas de la clasificación de Lanza. Anexo 1

A todos los pacientes se les realizó toma de muestra para estudio histológico y se determinó la presencia o no de Helicobacter Pylori (H. Pylori) por histología. Una vez obtenido el diagnóstico se les indicó tratamiento a los pacientes. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa informático SPSS 11.0

RESULTADOS

Tabla 1. Análisis de variables sociodemográficas. HDCQ 10 de octubre. 2013-2014.

Características	Muestra 175 ptes con diagnóstico de una enfermedad reumática
Grupos de edad (años)	
20-29	24 (13,72 %)
30-39	27 (15,43 %)
40-49	43 (24,57 %)
50-59	49 (28,00 %)
60-69	23 (13,14 %)
70 y más	9 (5,14 %)
Sexo	
Masculino	46 (26,29 %)
Femenino	129 (73,71 %)
Tiempo de evolución	
Menor de 10 años	61 (34,86 %)
10 años o más	114 (61,14 %)

Fuente: Encuesta de recolección de datos

Al analizar las variables sociodemográficas obtuvimos que el grupo de edades más significativo fue el de 50 a 59 años.

El 73.71 % de los pacientes corresponden al sexo femenino y que en el grupo estudiado predominaron los pacientes con más de 10 años de evolución de su enfermedad de base.

Tabla 2. Distribución de pacientes según tipo de enfermedad reumática. HDCQ 10 de octubre. 2013-2014.

Localización	Número	Porcentaje
Artritis reumatoide	72	41,14 %
Lupus eritematoso sistémico	57	32,58 %
Espondiloartropatías	38	21,71 %
Esclerosis sistémica	5	2,86 %
Miopatías inflamatorias	3	1,71 %
Total	175	100 %

Fuente: Encuesta de recolección de datos

Al estudiar el tipo de enfermedad reumática destacan 72 pacientes con artritis reumatoide, seguida de 57 pacientes con lupus eritematoso sistémico y 38 pacientes con espondiloartropatías.

Tabla 3. Distribución de los pacientes según el riesgo gastrointestinal. HDCQ 10 de octubre. 2013-2014.

Riesgo gastrointestinal	No.	%
Alto	72	41,14
Medio	59	33,71
Bajo	44	25,14

Predominó el riesgo gastrointestinal alto.

Tabla 4. Distribución de los pacientes según medicamentos utilizados y tiempo de consumo de los mismos. HDCQ 10 de octubre. 2013-2014.

Medicamentos utilizados	Tiempo de consumo de los medicamentos					
	Menos de un mes		Meses		Años	
	No	%	No	%	%	No
Piroxicam	3	1,71	19	10,85	27	15,42
Indometacina	4	2,28	16	9,14	25	14,28
Ibuprofeno	4	2,28	8	4,57	5	2,85
Naproxeno	2	1,14	6	3,42	4	2,28
Asa	3	1,71	16	9,14	28	16
Warfarina	0	0	2	1,14	3	1,71

En cuanto a la distribución de pacientes según medicamentos utilizados y tiempo de consumo de estos observamos que el AINE más utilizado es el piroxicam seguido por la indometacina y el mayor número de pacientes se mantenían con la medicación por periodo de tiempo mayor a un año.

Tabla 5. Hallazgos endoscópicos en los pacientes con gastropatía por AINEs. HDCQ 10 de octubre. 2013-2014

Hallazgos endoscópicos	Número	Porcentaje
Eritema	71	40,57
Erosiones	94	53,71
Petequias	53	30,28
Úlceras	28	16

Fuente: Informes endoscópicos

Al observar el comportamiento de los hallazgos endoscópicos observamos que el mayor número de pacientes presentaba erosiones lineales, seguido del eritema, las lesiones petequiales y úlceras, tanto gástricas como duodenales.

Tabla 6. Distribución de pacientes según presencia o ausencia de *H. Pylori*

Pacientes negativos para <i>H. pylori</i>		Pacientes positivos para <i>H. pylori</i>	
No.	%	No.	%
147	84	28	16

Fuente: Resultados de estudio histológico

En relación con la presencia de *H. Pylori* en los pacientes con gastropatía por AINES observamos que el mayor por ciento de pacientes fue negativo para este microorganismo.

DISCUSIÓN

Los AINES son unos de los medicamentos más usados a nivel mundial, estimándose que más de 30 de millones de personas los consumen diariamente.

Una de las mayores limitaciones en cuanto al uso de los mismos es el riesgo de eventos gastrointestinales severos, incluyendo sangrado, perforación y obstrucción, lo que ocurre en 1 a 2 % de los individuos consumidores.

Aunque los eventos gastrointestinales graves no son comunes, continúan siendo un problema de salud debido al gran número de pacientes que consumen estos medicamentos.²

En este estudio se incluyeron 175 pacientes con diagnóstico de alguna patología reumática, que mantuvieran tratamiento con AINES con sintomatología digestiva, encontrándose que predominaron los pacientes de 50 a 59 años, y el 73.71 % de los pacientes corresponden al sexo femenino, predominando los pacientes con más de 10 años de evolución de su enfermedad de base.

Estos datos se relacionan con la mayor prevalencia de enfermedades reumáticas en pacientes del sexo femenino y entre los 50 a 60 años, no así con estudios como el realizado en Perú por Salvatierra donde el mayor por ciento pertenecía a pacientes del sexo masculino, al igual que otros estudios realizados.^{9,10}

Tabla 7. Clasificación de la gastropatía por AINE según Lanza

Clasificación de la gastropatía por AINE según Lanza

Grado 0	No lesiones visibles
Grado 1	1 petequia o erosión
Grado 2	2 a 10 petequias o erosiones
Grado 3	11 a 25 petequias o erosiones
Grado 4	>25 petequias o erosiones o una úlcera de cualquier tamaño

En el estudio el 41.14 % de los pacientes fueron considerados de alto riesgo, cifra superior a la reportada por el estudio español LOGICA realizado en pacientes con osteoartritis, en el cual fue de 22,3 %, lo cual se debe a que todos los pacientes del presente estudio padecen una enfermedad reumática.¹¹

Los resultados mostraron que la mayoría de los pacientes de alto riesgo (75 %) tomaban inhibidores de la bomba de protones (IBP) y también el 50 % de los pacientes con riesgo moderado, cifras que son superiores a las encontradas en investigaciones internacionales, en los cuales la gastroprotección se hace en un por ciento menor de pacientes. En el presente estudio se evidencia una alta frecuencia de gastroprotección en los pacientes de alto riesgo, aunque lo ideal es que el 100 % de los pacientes con riesgo alto y riesgo moderado reciban gastroprotección.^{8,12,13}

En cuanto al tipo de AINES utilizado y al tiempo de uso de los mismos predominó el tratamiento con Piroxicam seguido de la Indometacina, los cuales han sido consumidos mayormente por más de un año en un gran por ciento de los pacientes del estudio. El tiempo de consumo de los AINES es importante, el riesgo se incrementa de forma importante luego de 3 meses a pesar de los cuidados necesarios.^{12,13}

En cuanto a los hallazgos endoscópicos más frecuentes encontramos predominaron las erosiones lineales en 94 pacientes, lo cual representa el 53.71 % del total, seguido por el eritema en 71 pacientes, lo cual representa el 40.57 %. Las úlceras, en cambio, obtuvieron un valor muy bajo. Coinciden estos hallazgos totalmente con la literatura revisada, donde se plantea que es la endoscopia la prueba de oro para el diagnóstico, pues se evidencian lesiones típicas de esta entidad clínica que consisten en erosiones puntiformes o lineales, eritema y hemorragias submucosas.^{7,13}

En cuanto a la presencia de *H. Pylori* se encontró presente en solo 28 pacientes, lo cual representa un 16 %. La literatura plantea que AINES y *H. Pylori* funcionan como factores independientes para el riesgo de complicaciones y la erradicación no ofrece ventajas en cicatrización si ésta se efectúa con omeprazol u otros IBP. Tras la cicatrización, tampoco la erradicación es superior a la no erradicación en cuanto a evitar recurrencia de úlcera péptica o dispepsia, si se sigue utilizando AINES, por lo que el uso de la profilaxis es necesario si existen factores de riesgo. La erradicación no evita una alta tasa de recurrencia de complicaciones en el paciente con historia previa de hemorragia digestiva por úlcera que ha seguido tomando AINES tras la cicatrización. Por lo tanto, en los pacientes con infección por *H. Pylori* a pesar de la erradicación del mismo, debe tenerse presente que esta actuación no es suficiente para reducir los efectos secundarios y se debe efectuar profilaxis en el paciente con riesgo.¹⁴

CONCLUSIONES

- El grupo de edad que predominó en los pacientes objeto de estudio fue el de 50 -59 años, así como el sexo femenino.
- El medicamento más utilizado fue el Piroxicán y con tiempo de consumo superior a un año.
- Los hallazgos endoscópicos más frecuentes fueron las erosiones lineales, seguido del eritema y las lesiones petequiales.

- El mayor por ciento de pacientes fue negativo para *H. pylori* en el estudio histológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acón Ramírez D, Zapata Aguilar N, Méndez Rodríguez A. Artritis Reumatoide. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 2012;LXIX(602);299-307.
2. Wolfe MM, Lichtenstein DR, Singh G. Gastrointestinal Toxicity of Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs. *NEJM*. [revista en Internet]. 1999 [citado 2 sep 2014];340:1888-99. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejm199906173402407>
3. Douthwaite AH, Lintott GAM. Gastroscopic observation of the effect of Aspirin and certain other substances on the stomach. *Lancet*. [revista en Internet]. 1988 [citado 2 sep 2014];i222-5. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067360789707>
4. Vane JR. Inhibition of prostaglandin synthesis as a mechanism of action for aspirin-like drugs. *Nature New Biol*. [revista en Internet]. 2005 [citado 10 ago 2014];231:232-5. Disponible en: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-011-5386-7_1
5. Ho CW, Tse YK, Wu B, Mulder CJJ, Chan FKL. The use of prophylactic gastroprotective therapy in patients with nonsteroidal anti-inflammatory drug- and aspirin-associated ulcer bleeding: a cross-sectional study. *Aliment Pharmacol Ther*. [revista en Internet]. 2013 [citado 2 sep 2014];37(8):819-24. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apt.12259/full>
6. Zaga Minian I, Mayorga Villa Juan D. Obstrucción intestinal secundaria a enteropatía por antiinflamatorios no esteroideos (AINES). *Acta Médica Grupo Ángeles*. [revista en Internet]. 2011 [citado 10 jul 2014];9(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/actamedica>
7. Hernández Garcés HR. Manual de endoscopia digestiva superior diagnóstica. La Habana: Ed. ECIMED; 2008. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=687594&indexSearch=ID>
8. Lanás Á, Benito P, Alonso J, Hernández-Cruz B, Barón-Esquivias G, Pérez-Aísa Á, et al. Recomendaciones para una prescripción segura de antiinflamatorios no esteroideos: documento de consenso elaborado por expertos nominados

- por 3 sociedades científicas (SER-SEC-AEG). *Reumatol Clin. [revista en Internet]. 2014 [citado 2 sep 2014];10(2):68-84. Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210570514000272>.*
9. *Salvatierra L. Hemorragia digestiva alta no variceal asociada al uso del antiinflamatorios no esteroideos en Lima Metropolitana. Rev. gastroenterol. Perú. [revista en Internet]. 2006 [citado 2 sep 2014];26(1):13-20. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292006000100002&script=sci_arttext.*
 10. *Jones R, Rubin G, Berembaum F, Scheiman J. Gastrointestinal and cardiovascular risks of non-steroidal anti-inflammatory drugs. Am J Med [revista en Internet]. 2009 [citado 6 sep 2014];121:464-74. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002934308002283>*
 11. *Lanas A, Tornero J, Zamorano JL. Assessment of gastrointestinal and cardiovascular risk in patients with osteoarthritis who require NSAIDs: the LOGICA study. Ann Rheum Dis. [revista en Internet]. 2010 [citado 2 sep 2014];69(8):1453-8. Disponible en: <http://ard.bmj.com/content/early/2010/05/21/ard.2009.123166.short>*
 12. *Valkhof VE, van Soest EM, Sturkenboom MCJM, Kuipers EJ. Time-trends in gastroprotection with nonsteroidal antiinflammatory drugs (NSAIDs). Aliment Pharmacol her. 2010;31(11):1218-28.*
 13. *Ho CW, Tse YK, Wu B, Mulder CJJ, Chan FKL. He use of prophylactic gastroprotective therapy in patients with nonsteroidal antiinflammatory drug- and aspirin-associated ulcer bleeding: a cross-sectional study. Aliment Pharmacol. 2013;37(8):819-24.*
 14. *Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, Atherton J, Axon AT, Bazzoli F, et al. Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht IV/Florence Consensus Report. Gut [revista en Internet]. 2012 [citado 2 sep 2014];61:646-64. Disponible en: <http://gut.bmj.com/content/61/5/646.short>*

Los autores refieren no tener conflicto de intereses.

Recibido: 10 de septiembre de 2014

Aprobado: 14 de octubre de 2014

Publicado: 1ro de noviembre de 2014

Contacto para la correspondencia: *Dra. Mavié Castellanos Gutiérrez. E-mail: maviecastellano@infomed.sld.cu*

Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. Calzada de 10 de octubre No 122, esquina Agua Dulce. Cerro. La Habana, Cuba.

ANEXOS

Anexo 1. Perfil de riesgo gastrointestinal

Factores de riesgo aceptados:⁸

1. Historia previa ulcerosa
2. Historia de hemorragia digestiva previa
3. Edad > 60 años
4. Dosis altas de AINE
5. Utilización concomitante de 2 AINE, incluida dosis bajas de AAS
6. Utilización conjunta de corticosteroides
7. Utilización concomitante de anticoagulantes
8. Enfermedad concomitante grave

Evaluación del riesgo gastrointestinal⁸

Alto: Antecedente de úlcera péptica complicada, empleo de anticoagulantes, o combinación de > 2 factores de riesgo restantes

Medio: Pacientes no anticoagulados ni con antecedentes de úlcera complicada pero que presentan algún factor de riesgo aislado

Bajo: Pacientes sin factores de riesgo. No toma: ácido acetilsalicílico.

Riesgo gastrointestinal⁸

1. Estratificación de riesgo digestivo. Se debe realizar una evaluación personalizada del perfil de riesgo gastrointestinal basal de cada paciente y del AINE a utilizar. La edad superior a 60 años es factor de riesgo por sí solo para la aparición de complicaciones gastrointestinales en pacientes que toman AINE, y este riesgo aumenta de forma progresiva con la edad. La presencia de antecedentes de úlcera péptica gastroduodenal, complicada o no complicada, es factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones gastrointestinales en pacientes que toman AINE.
2. Complicaciones gastrointestinales asociadas al uso de AINE. No se recomienda usar 2 o más AINE de manera simultánea, ya que no se incrementa la eficacia y en cambio sí aumenta la toxicidad. El riesgo de complicaciones gastrointestinales aumenta si se usan dosis altas de AINE de forma mantenida. Este riesgo es constante, independientemente de la dosis, durante todo el tiempo que se mantiene el tratamiento. El uso de AINE se asocia a aumento del riesgo de lesiones y complicaciones del tracto gastrointestinal alto y bajo.
3. Estrategias de prevención. No se recomienda el uso de antagonistas de los receptores H₂ para la prevención de las complicaciones gastrointestinales de los AINE.
4. El uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP) asociado a un AINE no selectivo es una estrategia válida para la prevención de las complicaciones gastrointestinales de los AINE en pacientes de riesgo, siendo los COXIB (datos disponibles para celecoxib) superiores a la combinación de un AINE no selectivo con un IBP en la prevención de lesiones del tracto gastrointestinal bajo. El uso de un COXIB reduce las complicaciones en el tracto gastrointestinal alto y bajo. El uso de AAS a dosis bajas aumenta de 2 a 4 veces el riesgo de complicaciones, por lo que a los pacientes con factores de riesgo gastrointestinal se les debe prescribir gastroprotección.

5. Riesgo hepático. En pacientes tratados con AINE la toxicidad hepática grave es rara por lo que no se recomiendan medidas especiales de monitorización. En pacientes con cirrosis hepática se recomienda evitar el uso de AINE, y en el caso de que resulte totalmente indispensable, se recomienda el uso de un COXIB durante el menor
6. periodo de tiempo posible.
7. Dispepsia. En los pacientes que presentan dispepsia asociada al tratamiento con AINE no selectivos o COXIB se recomienda tratamiento con un IBP como fármaco de primera elección.
8. Enfermedad inflamatoria intestinal. En los pacientes que sufren enfermedad inflamatoria intestinal se debe evitar el uso de AINE, y en caso de que sea necesario utilizarlos en fases quiescentes de la enfermedad; se recomienda el uso de COXIB a dosis bajas y durante un tiempo corto

Anexo 2. Encuesta de Recolección de datos

Nombre y Apellidos:

Edad: Historia Clínica:

Sexo:

Diagnóstico:

Tiempo de Evolución de la enfermedad:

Consumo de AINE/aspirina: Si _____ No _____

Tiempo de consumo: _____ Dosis de consumo: _____

Uso concomitante de anticoagulantes _____, esteroides _____, antiagregantes _____, IBP _____

Historia de intolerancia a AINE: Si _____ No _____ Cual: _____

Consumo de dos o más AINE: Si _____ No _____

Antecedentes o diagnóstico actual de úlcera complicadas o no: Si _____ No _____

Síntomas actuales o no de: Reflujo gastroesofágico _____, dispepsia _____, otros _____