

MANEJO DE LA GASTROPATIA POR ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

Dra. Maite Arroyo Villarino, Zaragoza.

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) constituyen un grupo farmacológico de primer orden en la práctica médica habitual, debido a su amplio espectro terapéutico basado, no sólo en su actuación frente a los mediadores proinflamatorios, sino también en sus acciones analgésica, antitérmica y antitrombótica. Sin embargo, estos notables beneficios se acompañan de efectos nocivos gastrointestinales de muy variable índole. En la mayoría de los pacientes que consumen AINE pueden apreciarse lesiones superficiales y pasajeras de la mucosa del tracto digestivo superior sin traducción clínica y en un pequeño porcentaje de los mismos, en torno al 1-2%, se producen verdaderas úlceras con riesgo elevado de complicación. Lo que ocurre es que en términos absolutos, dada la elevada utilización de estos fármacos, la población expuesta a riesgo es considerable. En España más de seis millones de personas consumen anualmente AINE durante un periodo igual o superior a un mes, lo que genera más de 1.300.000 visitas al médico de atención primaria o especialista y más de 40.000 ingresos hospitalarios.

Los factores que pueden predisponer a padecer una complicación asociada a la utilización de AINE están bien definidos y son el elemento clave a la hora de planificar las estrategias de tratamiento y profilaxis que se deben efectuar únicamente en el paciente de riesgo de sufrir complicaciones. Este riesgo se presenta ya el primer día de administración y se mantiene durante todo el tiempo que se consume el AINE. La historia previa ulcerosa o de úlcera complicada han sido identificados de forma constante como los principales factores de riesgo y nos van a clasificar a los pacientes en dos subgrupos con una estrategia diferente para cada uno de ellos. El paciente sin historia previa de ulcus que va a recibir tratamiento con AINE convencional y tiene otros factores de riesgo es preciso asociar tratamiento gastroprotector. Estos factores de riesgo son la edad superior a 60 años, la asociación con corticoides y otros AINE. En pacientes anticoagulados debe evitarse el uso concomitante de AINE y de manera especial en los de edad mayor de 65 años. En caso de ser imprescindible el uso de AINE, se aconseja la utilización de los inhibidores selectivos de COX-2 por su mayor seguridad gastrointestinal, menor interferencia con los anticoagulantes orales y ausencia de efecto antiagregante. El paciente con historia ulcerosa previa o complicación ulcerosa que va a recibir un AINE convencional precisa siempre gastroprotección. En estos casos la erradicación de *Helicobacter pylori*, justificada por su antecedente ulceroso, aún siendo efectiva no exime de realizar gastroprotección. En cambio, en el paciente con antecedentes de úlcera no complicada, que ha sido erradicado eficazmente de la infección por *Helicobacter pylori*, la prescripción de un COXIB resulta ventajosa porque podemos prescindir de la gastroprotección. En los pacientes con antecedentes de úlcera complicada con hemorragia a pesar de utilizar COXIB se recomienda la utilización conjunta con un gastroprotector porque presentan un alto riesgo.

La gastroprotección se debe llevar a cabo con inhibidores de la bomba de protones o misoprostol que han demostrado en diferentes estudios su eficacia. En prevención primaria, el estudio MUCOSA observó con misoprostol una reducción del riesgo relativo de complicaciones durante 6 meses del 40% en pacientes con artritis reumatoide que recibieron AINE, pero la alta tasa de efectos adversos (diarrea y dolor abdominal) que tienen lugar con la dosis necesaria de 200 µg/6-8 horas hace que su utilización no esté muy extendida. El omeprazol ha demostrado ser de elección en la profilaxis secundaria, con eficacia superior al resto de fármacos gastroprotectores en el paciente infectado por *Helicobacter Pylori*. Con el resto de inhibidores de la bomba de protones, existen menos evidencias pero se les considera igual de efectivos. Otros fármacos, como famotidina (40 mg/12 h), acexamato de cinc (150 mg/12 h) y dosmalfato (1,5 g/12 h) han demostrado también que son eficaces en la reducción de úlceras gástricas y duodenales, pero con menor eficacia que omeprazol.

En lo que se refiere al tratamiento de la gastropatía por AINE, cuando en el paciente que consume estos fármacos se detecta la presencia de una úlcera gástrica o duodenal activa la mejor terapia son los inhibidores de la bomba de protones, ya que proporcionan los mejores porcentajes de cicatrización, especialmente en el caso de las úlceras gástricas. La eliminación de la infección por *Helicobacter pylori* no supone ventaja adicional, incluso puede retrasar la cicatrización de las mismas. Si el paciente precisa continuar con el AINE o COXIB, aún con la presencia de la lesión gastroduodenal activa, no existe contraindicación absoluta para continuar con el tratamiento antiinflamatorio. Sólo en situaciones de úlcera refractaria al tratamiento es conveniente retirarlos, aunque se puede intentar antes la administración de altas dosis de IBP o su combinación con Misoprostol, sin garantía de éxito.