

Conclusión

Ángel Lanás

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario. Universidad de Zaragoza. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). CIBERehd. Zaragoza. España.

Con la información disponible a día de hoy, se debe concluir:

- La elección de la mejor estrategia en el manejo del paciente debe basarse en la presencia de factores de riesgo gastrointestinal y factores de riesgo cardiovascular.
- Los pacientes sin factores de riesgo gastrointestinal se consideran de bajo riesgo y no deben recibir medidas preventivas especiales.
- Los pacientes con historia previa de hemorragia gastrointestinal por úlcera, combinación de varios factores de riesgo o toma de anticoagulantes son de alto riesgo y deben, por tanto, recibir medidas especiales, tal y como queda reflejado en la figura 1.

- Los pacientes con uno dos factores de riesgo gastrointestinal (edad > 65 años, toma de corticoides, etc.) son de riesgo intermedio y deben también recibir medidas de prevención gastrointestinal.
- En los pacientes con riesgo cardiovascular elevado deben evitarse los coxibs o antiinflamatorios no esteroideos (AINE) tradicionales. En caso de precisar AINE, deben administrarse durante el menor tiempo posible y en la menor dosis efectiva. Si no hay riesgo gastrointestinal, naproxeno puede ser una alternativa, por ser, al parecer, el más neutro desde el punto de vista del riesgo cardiovascular. Las recomendaciones generales en estas condiciones han sido definidas en diversos documentos¹⁻⁴ y están resumidas en la figura 1.

Riesgo gastrointestinal	Alto	X	AINE tradicional + IBP	Evitar AINE
	Intermedio	AINE tradicional (naproxeno < 1,2 g) (e IBP si ASA)	AINE tradicional + IBP o Cox-2 selectivo (añadir IBP si ASA)	Cox-2 selectivo + IBP erradicación de <i>Helicobacter pylori</i>
	Bajo	AINE tradicional	AINE tradicional + IBP o Cox-2 selectivo	Cox-2 selectivo + IBP erradicación de <i>Helicobacter pylori</i>
		Bajo	Intermedio	Alto
		Riesgo gastrointestinal		

Schelman & Fendrick Lancet 369(9573):1580-1 and adapted from Lanás A, et al. Ann Med. 2006;38:415-28 and Lanás A, et al. (unpublished) 2006.

Fig. 1. Recomendaciones.

Correspondencia: A. Lanás
Servicio de Aparato Digestivo.
Hospital Clínico Universitario.
Avda. San Juan Bosco, 15. 50009 Zaragoza. España.
Correo electrónico: alanas@unizar.es

En el caso de la toma de ácido acetilsalicílico (AAS) por problemas cardiovasculares podríamos también concluir que:

- El AAS aumenta el riesgo de hemorragia gastrointestinal, aunque este incremento es menor (la mitad) que el observado para AINE tradicionales.
- El AAS potencia el riesgo de complicaciones gastrointestinales asociada a la toma de AINE tradicionales y de coxibs.
- No está definido si la combinación de AINE + AAS se asocia a un menor riesgo de complicaciones gastrointestinales que la de coxib + AAS, aunque algunos datos indirectos sugieren que la combinación de coxib en dosis bajas + AAS (datos disponibles para celecoxib fundamentalmente) podría ofrecer ventajas sobre la combinación AINE + AAS.
- En cualquier caso, de manera independiente a su riesgo gastrointestinal basal, a un paciente que está tomando AAS y AINE o coxib se le debería asociar un inhibidor de la bomba de protones (IBP).
- No está demostrado que la combinación de AAS reduzca el riesgo cardiovascular asociado a coxibs o AINE tradicional.
- Ibuprofeno puede interferir con el efecto antigregante de aspirina y, por tanto, en la medida de lo posible esta combinación debería evitarse.

En el caso del paciente debatido por el Javier de Teresa y el Carlos Martín de Argila, el riesgo gastrointestinal es intermedio, definido por su edad y toma de AAS. Su riesgo cardiovascular está aumentado, pero no presenta contraindicación para el uso de coxib, según la ficha técnica definida por las agencias reguladoras europeas (EMA), al no haber presentado ningún evento cardiovascular previo. Por tanto, este paciente puede recibir AINE + AAS + IBP, o coxib + AAS + IBP. Se procurará pautar las dosis más bajas y durante el menor tiempo posible. Se intentará evitar la combinación AAS con ibuprofeno o procurar, al menos, que el AAS se tome antes que el AINE.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lanas A, Hunt R. Prevention of anti-inflammatory drug-induced gastrointestinal damage: benefits and risks of therapeutic strategies [review]. *Ann Med*. 2006;38:415-28.
2. Scheiman JM, Fendrick AM. Summing the risk of NSAID therapy. *Lancet*. 2007;369:1580-1.
3. Wilcox CM, Allison J, Benzuly K, Borum M, Cryer B, Grosser T, et al. American Gastroenterological Association. Consensus development conference on the use of nonsteroidal anti-inflammatory agents, including cyclooxygenase-2 enzyme inhibitors and aspirin. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2006;4:1082-9.
4. American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines. Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee: 2000 update. *Arthritis Rheum*. 2000;43:1905-15.