



EDITORIAL

Gastroprotección en el paciente de edad avanzada: cuándo y cómo

Gastroprotection in the patient of advanced age: When and how

Carlos Sostres y Ángel Lanás*

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

El progresivo envejecimiento de la población en los países desarrollados, como consecuencia de la mejora en la calidad de vida, hace que el subgrupo de población anciana esté tomando una relevancia especial a la hora de plantear la atención médica. La población con edad avanzada presenta características clínicas diferenciales (polifarmacia, comorbilidades, cambios específicos en las actividades funcionales y cognitivas) que nos hacen plantearnos si los resultados obtenidos en los estudios poblacionales se pueden extrapolar a ellos o si es necesario realizar valoraciones específicas para su tramo de edad. Los estudios epidemiológicos indican en el caso del sangrado digestivo por úlcera péptica un descenso en su incidencia y prevalencia en la población general, sin embargo la hospitalización y mortalidad por úlcera gástrica y duodenal en el anciano permanece siendo elevada a pesar de los avances en el manejo y prevención¹. Por lo tanto, es lógico pensar que son necesarios estudios específicos centrados en la población anciana para diferenciarlos de la población adulta general.

Este es el caso del estudio de Plaza Santos et al. publicado en la REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA en el que se analizan las características al ingreso, el curso evolutivo y el pronóstico de la hemorragia digestiva alta (HDA) en el paciente anciano (> 80 años)², lo cual nos da una visión actual de la situación de la HDA en el anciano en nuestro medio. En este estudio, en concordancia con los publicados previamente, se evidencia una elevada tasa de consumo de fármacos gastrolesivos en la población geriátrica, como anti-inflamatorios no esteroideos (AINE) (60%), aspirina (ácido acetilsalicílico [AAS]) (35%) y anticoagulantes (12%), aunque llama la atención que no se informe sobre la tasa de toma de inhibidores de la bomba de protones (IBP) en estos pacientes. Conociendo los datos de prescripción de IBP en España, asumimos que esta no será desdeñable. Se nos presenta como hemos hablado anteriormente, una población con elevada tasa de comorbilidades, ya que el 50% de los pacientes presentaban al menos 2 enfermedades asociadas (hipertensión arterial, cardiopatía, enfermedades reumáticas. . .) que pueden afectar y de hecho afectan al curso evolutivo y al pronóstico del episodio de HDA en estos pacientes. En

otros estudios realizados en pacientes octogenarios, la existencia de comorbilidad se presenta como uno de los factores de riesgo más importantes para la mortalidad asociada a la HDA³.

Las indicaciones para la toma de AAS y AINE han ido progresivamente en aumento durante los últimos años, lo que conlleva beneficios para el paciente, pero a su vez este no queda exento de los efectos secundarios, principalmente en la población anciana. Como todos conocemos bien, la edad es un factor de riesgo independiente para la toxicidad gastrointestinal, con un riesgo relativo similar a la historia personal de la úlcera péptica cuando la edad supera los 70 años. En los pacientes ancianos el riesgo de efectos adversos graves como HDA por úlcera péptica durante la toma de AINE es 5,5 veces mayor que en los controles, sin embargo, en pacientes jóvenes este es solo de 1,5 veces mayor⁴. Además, está demostrado que el uso combinado de AINE, antiagregantes plaquetarios y anticoagulantes —práctica común en la población geriátrica—, aumenta el riesgo de sangrado⁵. En un estudio británico publicado en 2002 se concluyó que las prescripciones de AINE habían aumentado en un 13%, mientras las de AAS a dosis baja en un 460% y el de anti-coagulantes en un 200% entre 1990-1999 en población general⁶.

Por lo anteriormente descrito, la prescripción de AINE en el anciano debe sopesarse de manera especial, ya que además, la presencia de un número elevado de comorbilidades, la situación de dependencia y las alteraciones cognitivas lo convierten en un paciente especialmente vulnerable.

Las indicaciones de profilaxis del daño gastroduodenal en pacientes ancianos tomadores de AINE han sido descritas y las resumimos en la [tabla 1](#)⁷, si bien a día de hoy no contamos con guías específicas de práctica clínica desarrolladas ni validadas para la población geriátrica. Sí se han descrito una serie de factores de riesgo gastrointestinales en tomadores de AINE específicos del paciente de edad como son: edad avanzada > 70 años, historia personal de úlcera complicada, discapacidad para actividades de la vida diaria, toma combinada con antiagregantes, anticoagulantes, corticoides y aspirina a dosis baja, abuso de alcohol y tabaco, comorbilidades graves y uso de varios AINE, de vida media larga y a altas dosis. Dado que el uso de AINE también se ha asociado al aumento del riesgo cardiovascular, a la hora de la prescripción, este aspecto debe ser tenido también en cuenta^{8,9}. En este sentido debe notarse que la edad es también un factor de riesgo cardiovascular importante.

Véase contenido relacionado en DOI: [10.1016/j.regg.2011.06.009](https://doi.org/10.1016/j.regg.2011.06.009)

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: angel.lanas@gmail.com (Á. Lanás).

Tabla 1
Recomendaciones para la prevención del daño gastrointestinal por AINE en el anciano (> 70 años)

Estrategia	No historia ulcerosa previa No antecedente CV	Episodio previo de úlcera GI	Episodio previo CV o alto riesgo CV
No toma AAS	Coxib o AINE + IBP	IBP + coxib + Erradicar <i>H. pylori</i>	
Toma AAS	AINE + IBP o Coxib + IBP	Evitar la toma de AINE y/coxib Si es necesario, IBP + coxib (mínima dosis y duración) Erradicar <i>H. pylori</i>	Prohibir la toma de AINE y coxib Si es estrictamente necesario IBP + AINE (mínima dosis y duración) Erradicar <i>H. pylori</i>

AINE: anti-inflamatorios no esteroideos; Coxib: inhibidor selectivo de la COX-2; IBP: inhibidor de la bomba de protones; *H. pylori*: *Helicobacter pylori*.

Fuente: Tomada de Lanás A et al.⁷.

De esta manera, es lógico afirmar que el paciente anciano es en general, un paciente de riesgo tanto a nivel gastrointestinal como cardiovascular. Por ello, es importante recordar que los AINE deben evitarse, y de prescribirse, estos deben acompañarse siempre de IBP, tomarse a las dosis mínima eficaz, utilizar los de vida media corta en plasma, y valorar el uso de coxib asociado a IBP si el riesgo CV no es muy alto y el paciente no ha tenido ningún evento CV previo^{10,11}.

Uno de los problemas con los que el paciente anciano que recibe AINE se puede encontrar es con la ausencia de coprescripción de IBP o con la falta de adherencia al mismo. Diversos estudios han señalado que al menos, la mitad de los pacientes con riesgo no toman la terapia gastroprotectora apropiada. En general, los bajos porcentajes de gastroprotección observados en los estudios publicados^{12,13} pueden deberse a la escasa adherencia a las guías por parte de los prescriptores, a la falta de cumplimiento del paciente y a la prescripción sin receta. En nuestro medio en cambio se han publicado datos radicalmente opuestos, existiendo una tasa de gastroprotección del 90% en los pacientes tomadores de AINE, siendo esta mayor, conforme aumentan el número de factores de riesgo y una tasa de ausencia de gastroprotección del 3% en pacientes con historia personal de úlcera o HDA por AINE y del 7-10% para los demás factores¹⁴. Como se ha señalado, otro problema añadido en este escenario es la mala adherencia al tratamiento. Más del 30% de los pacientes presentan mala adherencia y las tasas más bajas de adherencia aparecen en la primera prescripción de los AINE, lo cual aumenta el riesgo de sangrado digestivo con respecto a los pacientes que toman correctamente la medicación¹⁵. En un estudio de nuestro grupo¹⁶ se objetiva que las tasas de mala adherencia son menores en España (20%) y que las causas más frecuentes son el «olvido» de tomar la medicación, el tratamiento a corto plazo y la aparición de efectos secundarios. La mala adherencia aumentó de manera significativa la aparición de efectos adversos respecto a la adherencia óptima.

Un aspecto de interés es la necesidad o no de erradicar la infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) en el paciente anciano que requiere AINE o AAS. La evidencia actual no es contundente al respecto, pero permite concluir o inclinarse al menos, a que la erradicación de *H. pylori* es una estrategia útil en los pacientes ancianos tomadores de AINE y/o AAS, pero no es suficiente para eliminar de manera total el riesgo de daño gastrointestinal, por lo que es necesario añadir IBP¹⁷. Por último, y no por ello menos importante, hay que centrarse en la implementación de programas educacionales que eviten la mala prescripción de los AINE y/o IBP, bien por exceso o por defecto en la población de edad avanzada. Dado que la mayoría de los efectos adversos medicamentosos en pacientes ancianos podrían ser evitados, el desarrollo de intervenciones activas dirigidas a mejorar la correcta prescripción de fármacos sin duda, son muy necesarias.

Podemos concluir, que la evidencia actual ha demostrado que los AINE son una terapia eficaz para el tratamiento del dolor y la inflamación, pero que presentan una serie de efectos secundarios gastrointestinales y cardiovasculares, por lo que es necesaria una

correcta prevención de estos efectos adversos en los pacientes de riesgo. Dado que la edad es uno de los principales factores de riesgo en ambos casos, el anciano es por definición un paciente de riesgo gastrointestinal y cardiovascular y que dada la alta prevalencia de discapacidad funcional de tipo reumático u osteomuscular, está expuesto a prescripción frecuente de AINE. Igualmente, la frecuencia de uso de AAS en la prevención cardiovascular en esta población es alta. Por este motivo, estos pacientes deben recibir todos coprescripción con IBP o en casos de historia previa ulcerosa, coxib + IBP, teniendo en cuenta que en caso de evento cardiovascular previo deben evitarse no solo los coxib sino los AINE tradicionales salvo en casos estrictamente necesarios. La tasa de coprescripción de IBP con AINE en España no es mala (> 70%), por encima a los reportados en otros países¹⁴, pero deben mejorarse. Estas cifras están en consonancia con una drástica reducción de los ingresos por HDA y un leve incremento persistente en los ingresos hospitalarios por hemorragia digestiva baja. Este será sin duda uno de los retos a los que nos enfrentaremos en el futuro más próximo, dado que los AINE y AAS también se asocian al incremento del riesgo de hemorragia en intestino delgado y colon. No debemos olvidar la cada vez más frecuente hemorragia digestiva, asociada a anticoagulación en el anciano, a menudo ligada a lesiones angioplásticas de difícil manejo y accesibilidad a la terapia endoscópica convencional.

Bibliografía

- Pilotto A, Franceschi M, Maggi S, Addante F, Sancarlo D. Optimal management of peptic ulcer disease in the elderly. *Drugs Aging*. 2010;27:545-58.
- Plaza Santos R, Froilán Torres C, Martín Arranz MD, Suárez de Parga JM, Aldeguer Martínez M. Hemorragia digestiva alta en el paciente anciano mayor de 80 años. *Rev Esp Gastroenterol Gerontol*. 2012;47:110-3.
- Theocharis GJ, Arvaniti V, Assimakopoulos SF, Thomopoulos KC, Xourgias V, Mylonakou I, et al. Acute upper gastrointestinal bleeding in octogenarians: clinical outcome and factors related to mortality. *World J Gastroenterol*. 2008;14:4047-53.
- Solomon DH, Gurwitz JH. Toxicity of nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the elderly: is advanced age a risk factor. *Am J Med*. 1997;102:208-15.
- Lanza FL. A guideline for the treatment and prevention of NSAID-induced ulcers. Members of the Ad Hoc Committee on Practice Parameters of the American College of Gastroenterology. *Am J Gastroenterol*. 1998;93:2037-46.
- Higham J, Kang JY, Majeed A. Recent trends in admissions and mortality due to peptic ulcer in England: increasing frequency of haemorrhage among older subjects. *Gut*. 2002;50:460-4.
- Lanás A, Ferrández A. Inappropriate prevention of NSAID-induced gastrointestinal events among long-term users in the elderly. *Drugs Aging*. 2007;24:121-31.
- Chan FK, Abraham NS, Scheiman JM, Laine L. First international working party on gastrointestinal and cardiovascular effects of nonsteroidal anti-inflammatory drugs and antiplatelet agents. *Am J Gastroenterol*. 2008;103:2908-18.
- National Cholesterol Education Program. Risk assessment tool for estimating 10-year risk of developing hard CHD [consultado 6 Feb 2012]. Disponible en: <http://nhlbi.nih.gov/>
- Pilotto A, Franceschi M, Leandro G, Paris F, Niro V, Longo MG, et al. The risk of upper gastrointestinal bleeding in elderly users of aspirin and other nonsteroidal anti-inflammatory drugs: the role of gastroprotective drugs. *Aging Clin Exp Res*. 2003;15:494-9.
- Pilotto A, Franceschi M, Leandro G, Paris F, Cascavilla L, Longo MG. Proton pump inhibitors reduce the risk of uncomplicated peptic ulcer in elderly either acute or chronic users of aspirin/nonsteroidal antiinflammatory drugs. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004;20:1091-7.

12. Hartnell NR, Flanagan PS, MacKinnon NJ, Bakowsky VS. Use of gastrointestinal preventive therapy among elderly persons receiving antiarthritic agents in Nova Scotia, Canada. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2004;2:171-80.
13. Herings RM, Goettsch WG. Inadequate prevention of NSAID-induced gastrointestinal events. *Ann Pharmacother.* 2004;38:760-3.
14. Lanás A, Muñoz M, Caballero Correa M, Martínez Jiménez P, investigadores del estudio GAP. Analysis of differences between indication and prescription of gastroprotection in patients with risk factors treated with nonsteroidal anti-inflammatory agents: the GAP study. *Gastroenterol Hepatol.* 2010;33:80-91.
15. Van Soest EM, Sturkenboom MC, Dieleman JP, Verhamme KM, Siersema PD, Kuipers EJ. Adherence to gastroprotection and the risk of NSAID-related upper gastrointestinal ulcers and haemorrhage. *Aliment Pharmacol Ther.* 2007;26:265-75.
16. Lanás A, Polo-Tomás M, Roncales MP, González M, Zapardiel J. Prescription of and Adherence to Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs and Gastroprotective Agents in At-Risk Gastrointestinal Patients. *Am J Gastroenterol.* 2012 Feb 14. doi: 10.1038/ajg.2012.13 [Epub ahead of print].
17. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C, Bazzoli F, El-Omar E, Graham D, et al. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht III Consensus Report. *Gut.* 2007;56:772-81.