

se obtuvieron diferencias de gradiente según la lesión endoscópica: 33,3 (IC 27,9–38,8) en la UGD Vs 48,7 (CI41–56,4) en no ulcerosos (p 0,006). No obstante no hubo diferencias de curación entre el grupo UGD y el grupo sin lesión: 46,8 Vs 53,8% (p 0,3). Se analizó por último si el tratamiento había provocado algún efecto en el gradiente de los no curados, y tampoco se observaron diferencias entre el gradiente previo y el posterior al tratamiento: 39,2 Vs 40,2 (p 0,83).

**Conclusión:** Al menos en los pacientes más difíciles de tratar que no responden a terapias de primera línea, el gradiente de TAU no influye en la eficacia del tratamiento erradicador. Creemos que se debe investigar este efecto en pacientes naïve. Los pacientes con ulcera gastro-duodenal tienen menor gradiente que los no ulcerosos, aunque este rasgo carece de significación clínica.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.150

## LA FORMA DE USO DE LOS AINES Y LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA ES DISTINTA A LA DESCRITA EN LOS ENSAYOS CLÍNICOS

C. Sostres<sup>a,b</sup>, M. Muñoz<sup>a,b</sup>, M.T. Arroyo<sup>a,b</sup>, M. Polo-Tomás<sup>b</sup>, L.A. García Rodríguez<sup>c</sup>, A. Lanas<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo HCU Lozano Blesa Zaragoza

<sup>b</sup>CIBERehd

<sup>c</sup>CEIFE Madrid

**Introducción:** La mejor información disponible sobre las complicaciones gastrointestinales (GI) altas asociada a consumo de AINES proviene de estudios controlados y randomizados en pacientes con patología reumática. Sin embargo, los pacientes pueden tomar AINES por muchas razones y con diferentes pautas que posiblemente no han sido estudiadas en los ensayos clínicos. De hecho, se desconoce con precisión las características de los pacientes ingresados por complicaciones GI en la práctica clínica.

**Objetivo y métodos:** Para definir las características de los pacientes ingresados debido a complicaciones GI en la práctica clínica, llevamos a cabo un análisis de un estudio multicéntrico caso-control realizado en pacientes hospitalizados en el Sistema Nacional Español de Salud. Se incluyeron prospectivamente 2.777 pacientes con hemorragia digestiva alta (HDA) secundaria a lesiones pépticas demostradas por endoscopia y 5.532 controles ajustados por edad, hospital y mes de ingreso. Todos los casos y controles fueron entrevistados por personal experimentado con una encuesta estructurada acerca del uso de AINES y ácido acetil salicílico (AAS).

**Resultados:** 760 (27,4%) de los casos de HDA habían tomado AINES recientemente, 468 (16,8%) AAS a dosis altas (> 500 mg) y 385 (13,8%) a dosis bajas (< 300 mg). Las razones para la toma de los fármacos se resumen en la Tabla. Los controles tomaron los AINES/AAS a dosis altas por indicaciones similares (Tabla). El 97,8% de los pacientes que tomaban AAS a dosis bajas lo hacían como prevención cardiovascular. La mayoría de los pacientes que tomaban AINES (422/613; 68,8%) o AAS a dosis altas (300/746; 40,2%) lo hicieron a corto plazo (<1 mes) (2,02±0,16 y 1,35±0,1 días respectivamente); mientras que el uso de AAS a dosis bajas (322/372; 86,8%) fue a largo plazo (> 1 mes) (1186,8±72 días), y similar a la de los controles. Solo el 64,4% (396/615) de los casos que tomaban AINES y/o AAS a dosis altas lo hicieron por patología osteoarticular-musculoesquelética. Un 57,9% (1599/2762) de los pacientes con HDA por AINES no presentaron síntomas dispépticos previos y en un 18,2% de los casos el síntoma inicial fue una pérdida brusca del nivel de conciencia.

Razón (caso/control)	AINE (n = 1198/1604)	AAS dosis alta (n = 306/121)
Osteoarticular	51,9% vs 51,6%	31,0% vs 27,2%
Cefalea	21,4% vs 28,3%	30,0% vs 44,6%
“Bienestar”	2,2% vs 1,4%	9,8% vs 5,8%
Cuadro gripal ± fiebre	8,1% vs 6,6%	18% vs 15,8%
Prevención cardiovascular	0% vs 0%	3,3% vs 1,6%
Otros	16,2% vs 11,9%	7,84% vs 4,9%

**Conclusiones:** Más de un tercio de los pacientes hospitalizados por HDA asociada al uso de AINES/AAS a dosis alta no los tomaban por patología osteoarticular y/o musculoesquelética. Esto sugiere que las terapias de prevención actuales no alcanzan una parte importante de la población tomadora de AINES que sufren HDA. Además, en más de la mitad de ellos el episodio de sangrado es la primera manifestación de la gastropatía.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.151

## LOS PACIENTES DE RIESGO CON DOBLE TRATAMIENTO ANTIPLAQUETARIO TIENEN MAYOR PROBABILIDAD DE RECIBIR TRATAMIENTO DE IBPS EN ESPAÑA QUE EN ESTADOS UNIDOS

A. Lanas<sup>a,b,c</sup>, R. Casado<sup>a</sup>, L. Guastello<sup>d</sup>, S.D. Saini<sup>d</sup>, M. Polo-Tomás<sup>b</sup>, J. Scheiman<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico. Universidad de Zaragoza

<sup>b</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de enfermedades hepáticas y digestivas (CIBERehd)

<sup>c</sup>Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS)

<sup>d</sup>Hospital de la Universidad de Michigan (EEUU)

**Introducción:** El tratamiento con Inhibidores de Bomba de Protones (IBPs) se recomienda en la actualidad para la prevención de las complicaciones gastrointestinales altas en pacientes tratados con tratamiento antiplaquetario con uno o más factores de riesgo. Los pacientes sometidos a intervenciones coronarias percutáneas (ICPs) requieren un tratamiento agresivo antiplaquetario dual con aspirina y clopidogrel, y se encuentran en riesgo de padecer hemorragia digestiva alta (HDA). No existe ningún estudio que haya determinado si los IBPs se prescriben correctamente para reducir el riesgo de HDA en estos pacientes y si hay diferencias de tratamientos entre países o centros.

**Métodos:** Hemos realizado un estudio transversal retrospectivo paralelo de registros médicos en el Hospital de la Universidad de Michigan (EEUU) y el hospital Clínico Universitario de Zaragoza (España). Fueron susceptibles de ser elegidos los pacientes hospitalizados por ICPs en 2007. Se obtuvieron datos de: (1) datos demográficos de los pacientes; (2) medicación tomada; (3) motivo del uso de IBPs y (4) factores de riesgo para HDA (edad ≥70; antecedentes de ulcera péptica; uso concomitante de acenocumarol, corticoides ≥10 mg diarios o AINES diarios). Se definieron como pacientes de “alto riesgo” (AR) de HDA aquéllos con uno o más factores de riesgo. La proporción de pacientes dados de alta con tratamiento de IBPs se calculó y estratificó por riesgo de HDA. Se calcularon odds ratios mediante el test chi-cuadrado.

**Resultados:** Se incluyeron 429 pacientes en el estudio. Los pacientes españoles eran mayores que los estadounidenses