

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

(66,9±8,9 vs 62,5±11,6;  $p<0,001$ ). La proporción de mujeres fue similar (16% vs 23%;  $p>0,05$ ). La proporción de pacientes de AR para HDA en tratamiento con IBPs al ingreso fue similar en las dos poblaciones (Tabla). Sin embargo, los pacientes españoles de AR tuvieron una probabilidad más alta de recibir tratamiento con IBPs al ser dados de alta (O.R.: 2,63; 95%IC: 1,33–5,22;  $p<0,004$ ) que los pacientes de EEUU (Tabla).

Variable	Pacientes de EEUU (n = 199)	Pacientes de España (n = 230)	p-valor
Pacientes de alto riesgo (AR)	40%	49%	0,07
IBP al ingreso	30%	34%	0,38
IBP al alta	41%	74%	0,0001
Pacientes de AR con IBP al ingreso	48%	52%	0,59
Pacientes de AR con IBP al alta	58%	79%	0,002
Pacientes de bajo riesgo con IBP al alta	30%	76%	0,001

**Conclusiones:** Hay diferencias importantes en la prescripción de IBPs entre los cardiólogos de dos centros diferentes en EEUU y España al tratar a los pacientes sometidos a IPC con doble antiagregación. Los pacientes de AR para HDA españoles tuvieron una probabilidad significativamente mayor de recibir tratamiento con IBPs al alta que los estadounidenses.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.152

## RABEPRAZOL FRENTE A OTROS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP) DE “PRIMERA” GENERACIÓN PARA LA ERRADICACIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI*

A.G. McNicholl<sup>a</sup>, P.M. Linares<sup>a</sup>, X. Calvet<sup>b</sup>, J.P. Gisbert<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de La Princesa, Madrid

<sup>b</sup>Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Sabadell, Barcelona

**Antecedentes:** Rabeprazol es un IBP de “segunda” generación, pero su eficacia en la erradicación de *H. pylori*, comparada con los IBP de primera generación, no ha sido suficientemente establecida.

**Objetivo:** Revisar sistemáticamente la eficacia en la erradicación de *H. pylori* de los regímenes triples con rabeprazol y realizar un metaanálisis de los estudios que comparan rabeprazol frente a otros IBP más “antiguos”.

**Métodos:** Selección de estudios: ensayos clínicos aleatorizados que comparen rabeprazol frente a otros IBP de “primera” generación (omeprazol, lansoprazol o pantoprazol). El metaanálisis incluyó únicamente estudios que comparaban regímenes difiriendo únicamente en el tipo de IBP empleado. Estrategia de búsqueda: Electrónica y manual. Calidad de los estudios: evaluada independientemente por dos revisores. Síntesis de datos: metaanálisis combinando las Odds Ratio (OR), por intención de tratar.

**Resultados:** El metaanálisis (incluyendo 24 estudios, 1.783 pacientes tratados con rabeprazol y 1.992 con un IBP de primera generación) demostró mejores resultados con los tratamientos con rabeprazol (79,9% vs 75,6%; OR = 1,2; IC 95% = 1,02–1,4; número necesario a tratar de 23). El subanálisis basado en la dosis de IBP constató un porcentaje de erradicación del 79,5% para rabeprazol

20 mg/12 h, significativamente mayor que el obtenido con la dosis estándar de los IBP de primera generación (76,7%; OR = 1,21; IC 95% = 1,01–1,45). El subanálisis comparando 10 mg/12 h de rabeprazol (dosis baja) mostró una tendencia a favor del uso de dicho IBP frente a las dosis estándar de otros IBP de primera generación (78,2% vs 75,6%; OR = 1,22; IC 95% = 0,95–1,55). Los resultados fueron homogéneos en todas las comparaciones realizadas.

**Conclusión:** Rabeprazol, en terapia triple, es ligeramente más efectivo que omeprazol, lansoprazol y pantoprazol para la erradicación de *H. pylori*, aunque la relevancia clínica de este beneficio no es evidente.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.153

## SÍNTOMAS DE REFLUJO EN PACIENTES QUE TOMAN BIFOSFONATOS: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO

A. Nieto<sup>a</sup>, N. Tobares<sup>a</sup>, J. Zapardiel<sup>b</sup>, R. Ampudia<sup>c</sup>, Grupo de estudio BF-ERGE

<sup>a</sup>Medicina Interna H. Clínico San Carlos

<sup>b</sup>Dept Médico Astrazeneca

<sup>c</sup>Unidad Biometría, Quintiles Iberia, Madrid

Varios estudios epidemiológicos han demostrado que existe una mayor incidencia de síntomas esofágicos y lesiones por reflujo en pacientes tratados con bifosfonatos, incluso superiores a los datos obtenidos en los ensayos clínicos. Adicionalmente, estudios poblacionales de reflujo han demostrado una baja concienciación de los pacientes, así como bajas tasas de consultas médicas al respecto lo que incrementa el riesgo de padecer importantes efectos adversos.

**Objetivo:** Describir las características epidemiológicas y clínicas de una población tratada con bifosfonatos, y su relación con la posible afectación esofágica, para poder plantear hipótesis posteriores que permitan identificar factores que faciliten o prevengan la misma.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, multicéntrico que incluyó 5.367 pacientes que estaban en tratamiento con bifosfonatos y acudía a la primera revisión tras iniciarlo, estableciendo un protocolo de recogida de datos que permitiera analizar cuáles eran las principales características clínicas y epidemiológicas, el tipo de tratamiento, así como la incidencia de sintomatología y lesiones esofágicas, y la actitud terapéutica adoptada.

**Resultados:** Se incluyeron en el análisis 5.367 pacientes sobre un total de 5450 pacientes reclutados (98,5%). La edad media de los pacientes fue de 66,8±9,1 años, siendo el 86% mujeres y con un índice de masa corporal medio de 27,7±5,7. La enfermedad de base más frecuente fue la osteoporosis primaria (n: 4002. 74,6%), seguida de la osteoartritis (n: 1603. 29,9%). Un 43,1% de los pacientes mostraban síntomas de RGE o lesiones esofágicas antes de iniciar tratamiento con bifosfonatos, siendo el síntoma más frecuente la pirosis (80,7%) y la lesión esofágica más frecuentemente hallada fue esofagitis (20,2%). En cuanto a la terapéutica seguida, el 31,3% de los pacientes seguían medidas dietéticas, y sólo el 56,5% tenían prescrito un tratamiento con inhibidores de la bomba de protones a dosis estándar. El bifosfonato más prescrito fue el alendronato (54,9%), seguido del risedronato (41,2%). Pese al tratamiento se objetivó persistencia de los síntomas en un 17,9%. Ante esta circunstancia la actitud más frecuente fue prescribir de forma empírica un IBP (24,1%), si no lo tenían prescrito.

**Conclusiones:** 1) En nuestro estudio, el tratamiento con bifosfonatos es notablemente más frecuente en la mujer y en la 6ª-7ª década de la vida. 2) La mayoría de las veces están prescritos