

Estudio epidemiológico sobre la enfermedad ácido-péptica en pacientes ancianos ambulatorios

C. Verdejo-Bravo, J.L. Calleja-Panero, F. Guillén-Llera y J.M. Ribera-Casado, en nombre del Grupo GERyEAP* (Geriatría y Enfermedad Acidopéptica)

*La lista de investigadores y centros participantes en el GERyEAP se exponen al final del artículo.

RESUMEN

Introducción: se describe la prevalencia de enfermedad ácido-péptica (EAP) en población anciana ambulatoria, así como su perfil y características clínicas. Además, se estudia la comorbilidad, la polifarmacia utilizada y, en concreto, el uso de fármacos con potenciales interacciones, y se evalúa específicamente el consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y gastroprotección empleada.

Material y métodos: estudio transversal, observacional y multicéntrico, con participación de 15 unidades o servicios de geriatría hospitalarios, incluyendo a 80 pacientes mayores de 65 años atendidos consecutivamente en la consulta externa en cada centro. Se recogen los datos demográficos, la patología asociada, el uso de fármacos (medicación gastroerosiva y gastroprotección).

Resultados: se incluyó a 1.119 pacientes, edad media $\pm$ desviación estándar, $80,4 \pm 6,7$ años, un 65% mujeres. La prevalencia de EAP fue del 41%, y como entidad más común destaca el reflujo gastroesofágico (23%), con gran variedad de síntomas. La comorbilidad fue alta, y más del 90% de pacientes presenta 2 o más enfermedades. El promedio de grupos farmacológicos empleado fue de 4, y destaca la medicación antisecretora en el 37,8% (422 pacientes). La toma de AINE era frecuente (15%) y sólo un tercio de ellos recibía gastroprotección con inhibidores de la bomba de protones (IBP).

Conclusiones: la EAP es muy prevalente en la población anciana ambulatoria, y la enfermedad por reflujo gastroesofágico destaca como la entidad más frecuente. La comorbilidad y la polifarmacia son elevadas en este grupo de pacientes, y puede resultar en un porcentaje elevado de interacciones farmacológicas. El empleo de medicación gastroprotectora con IBP, en el subgrupo de ancianos que recibía AINE, era bajo, por lo que la protección eficaz sería escasa.

Palabras clave

Enfermedad ácido-péptica. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Gastroprotección.

Correspondencia: Dr. C. Verdejo-Bravo.
Servicio de Geriatría. Hospital Clínico San Carlos.
Prof. M. Lagos, s/n. 28040 Madrid. España.
Correo electrónico: cverdejo.hcsc@salud.madrid.org

Recibido el 28-02-05; aceptado el 11-10-05.

Este estudio fue promovido por Laboratorios Recordati España en el año 2001, como parte de una línea de formación continuada y colaboración con la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

Epidemiological study of peptic acid disease in elderly outpatients

ABSTRACT

Background: the main objectives of this study were to determine the prevalence of peptic acid disease (PAD) in elderly outpatients and to identify the profile and characteristics of these patients. We also assessed comorbidity and polypharmacy use (specifically, the use of drugs with potential pharmacological interactions), with special emphasis on nonsteroidal antiinflammatory drugs (NSAIDs) and gastroprotective drugs.

Material and methods: we performed a cross-sectional, observational, multicenter study of elderly patients attending 15 geriatric outpatient clinics (80 consecutive patients aged more than 65 years old per center). Data on demographic factors, associated diseases, and drug consumption (NSAIDs and antisecretory therapy) were collected.

Results: a total of 1119 patients were included in the study. The mean age was 80 years old (SD 6.7) and 65% of the participants were women. The prevalence of PAD was 41%. The most common PAD was gastroesophageal reflux disease (GERD) (23%), with a wide variety of symptoms. Comorbidity was high, with more than 90% of the patients suffering from two or more diseases. The mean number of concomitant drugs was 4, and 422 patients (37.8% of the sample) were taking antisecretory drugs. The use of NSAIDs was common (15%), and only one-third of these patients received gastroprotective therapy with proton pump inhibitors (PPIs).

Conclusions: PAD is highly prevalent in elderly outpatients. The most frequent diagnosis is GERD. In this population comorbidity and polypharmacy use were high, which could lead to a high percentage of pharmacological interactions. Effective gastroprotective therapy with a PPI in the subgroup of elderly outpatients taking NSAIDs was low.

Key words

Peptic acid disease. Gastroesophageal reflux disease. Gastroprotection.

INTRODUCCIÓN

El progresivo envejecimiento de la población ha condicionado que algunas enfermedades digestivas, como la enfermedad ácido-péptica (EAP) haya incrementado su preva-

lencia de una manera significativa. Los factores que más han contribuido a este aumento de la frecuencia de la EAP son el incremento de la esperanza de vida, la comorbilidad y la polifarmacia empleada por la población anciana¹.

La EAP abarca todas las enfermedades relacionadas con la secreción inadecuada de ácido y pepsina, que se desencadenan por un desequilibrio entre los factores defensivos y agresivos del tracto gastrointestinal^{2,3}. Las principales entidades incluidas dentro de este amplio espectro son la úlcera péptica, la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), la gastropatía por antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y la infección por *Helicobacter pylori*. Otra entidad que puede compartir este mecanismo patogénico es la dispepsia funcional, aunque también los trastornos de la motilidad o la sensibilidad visceral pueden desempeñar un papel fisiopatológico más relevante⁴.

En la población anciana se acepta una mayor prevalencia de la EAP, y se vincula, en parte, con los cambios derivados del envejecimiento, así como con la comorbilidad y la polifarmacia^{5,6}. Se calcula, según diferentes estudios, que la prevalencia global de la EAP oscila entre el 20 y el 40%^{2,3}. Dentro de ella, y de una forma fraccionada, la ERGE se encuentra, en primer lugar, con una prevalencia aproximadamente del 20-22%⁷⁻⁹, seguida de la úlcera péptica con un 10% que se eleva a un 15-20% en portadores de *H. pylori*^{10,11}. Todos estos porcentajes aumentan con la edad tanto en varones como en mujeres.

En la población anciana, esta enfermedad presenta unas características especiales y origina un importante número de consultas y hospitalizaciones^{6,12}. En varios estudios recientes se demuestra que la EAP disminuye significativamente la calidad de vida, tanto a corto como a largo plazo, con la aparición de complicaciones que determinan una mayor morbilidad y mortalidad^{6,13,14}.

Las 2 enfermedades con mayor protagonismo han sido tradicionalmente la úlcera péptica y la ERGE, si bien la gastropatía por AINE ha cobrado gran relevancia en los últimos años debido al uso y abuso de dichos fármacos entre la población anciana.

La gastropatía por AINE merece una mención especial por el elevado consumo de estos fármacos entre la población anciana. Se estima que unos 30 millones de personas en Estados Unidos toman estos fármacos a diario, que la prescripción anual de recetas supera los 500 millones a escala mundial y que alrededor de un 20% de los mayores de 65 años consumen AINE de forma regular¹⁵⁻²⁰. Los datos sobre consumo de fármacos gastroerosivos en los diferentes estudios muestran que los AINE ocupan los primeros puestos en todos los trabajos y encuestas realizadas²¹, y aparecen como los fármacos que causan alrededor del 25% de las reacciones alérgicas medicamentosas (RAM) y de un porcentaje variable entre el 15 y el 60% de los ingresos hospitalarios por hemorragia digestiva

aguda; se estima una tasa de mortalidad inducida por estos fármacos en torno al 10%^{22,23}.

Entre los factores de riesgo para la gastropatía por AINE se encuentran la historia previa de úlcera y hemorragia digestiva, la edad mayor de 60 años, las dosis altas y la asociación de varios AINE. Entre los AINE con mayor potencial gastroerosivo se encuentran el ketorolaco, el piroxicam y la indometacina. Los de menor potencial para producir complicaciones digestivas son los inhibidores de la ciclooxigenasa 2 (COXIB) y el ibuprofeno²⁴⁻²⁷. No debemos olvidar que incluso la aspirina a bajas dosis (80-325 mg) se asocia a riesgo de hemorragia digestiva, que este riesgo es dependiente de la dosis y que la incidencia en mayores de 70 años alcanza cifras de hasta 3-5% al año²⁸⁻³⁰.

Por todo ello, resulta interesante conocer estos aspectos más específicos dentro de la EAP, para lo cual se diseñó este estudio con los siguientes objetivos:

1. Objetivos primarios: a) estudiar la prevalencia de EAP en población anciana que acudía a las consultas de geriatría de los centros hospitalarios participantes en el estudio, y b) describir el perfil del paciente anciano con EAP y las características de esta enfermedad en la población a estudio.

2. Objetivos secundarios: a) evaluar la comorbilidad y la frecuencia de polifarmacia en la población a estudio, y b) conocer el uso de fármacos con potencial acción gastroerosiva y la frecuencia de utilización de medicación gastroprotectora en la población a estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio transversal, observacional y multicéntrico, llevado a cabo en 15 centros hospitalarios españoles durante el período comprendido entre el 15 de junio de 2001 y el 15 de octubre del 2001; la recogida de datos se efectuó en las consultas externas de los servicios o unidades de geriatría. (La relación completa de los participantes se expone al final del artículo.)

Cada servicio o unidad de geriatría contribuyó con 75-80 pacientes mayores de 65 años, consecutivamente atendidos en las consultas externas, sin otro tipo de muestreo.

Las variables analizadas incluían los datos biodemográficos (edad, sexo, índice de masa corporal), el motivo de consulta (enfermedad principal por la que el paciente acudía a la consulta), los hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol), ciertas variables funcionales (grado de incapacidad física y mental según la escala de la Cruz Roja)³¹, el análisis de la comorbilidad según descripción de la patología asociada (no se usó ninguna escala validada), los antecedentes previos de EAP, la sintomatología de

TABLA 1. Características generales de la muestra

		Edad
Mujeres	729 (65,1%)	80,7 ± 6,7 (65-101)
Varones	390 (34,9%)	79,8 ± 6,7 (65-101)
IMC > 34	17,4% mujeres 10,2% varones	p = NS entre sexos
Hábitos tóxicos	No fumadores 89,4% No consumo de alcohol 91,3%	p = NS entre sexos
Incapacidad física (escala de la Cruz Roja)	0-1 (53,7%) 2-3 (38%) 4-5 (8,4%)	p = NS entre sexos
Incapacidad psíquica (escala de la Cruz Roja)	0-1 (68,1%) 2-3 (26,3%) 4-5 (5,6%)	p = NS entre sexos

IMC: índice de masa corporal; NS: diferencias no significativas.

EAP en las últimas semanas, el uso y la indicación de medicación antisecretora y la medicación concomitante.

El antecedente de haber padecido EAP se consideró cuando el paciente había sido diagnosticado de alguna de sus diferentes entidades (ERGE, enfermedad ulcerosa, infección por *H. pylori*, gastropatía por AINE) bien por procedimientos endoscópicos o mediante radiología. La sintomatología de la EAP en el momento del estudio fue valorada mediante la recogida sistemática de los principales síntomas digestivos.

Los datos se tabularon en una base de datos específica y se utilizó el programa Microsoft Access 2002. Posteriormente se realizó el control de calidad y los resultados se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS, versión 11.5 para Windows.

Las herramientas estadísticas empleadas fueron básicamente descriptivas. Se proporcionó para las variables cuantitativas, la media, la mediana, la desviación estándar (DE) y el rango (mínimo y máximo). Las variables cualitativas se describieron mediante su distribución de frecuencias absolutas y relativas, y se calculó el intervalo de confianza (IC) del 95% para las variables principales del estudio (frecuencia de síntomas de EAP y frecuencia de medicación antisecretora).

Finalmente, se realizó un análisis exploratorio univariante con el objetivo de detectar si las características biodemográficas (sexo), los hábitos tóxicos (alcohol y tabaco), el tratamiento antisecretor y la medicación gastroerosiva influyen en la presencia de síntomas de EAP. Se realizó este mismo análisis para observar si la toma de fármacos potencialmente gastroerosivos influía o no en la toma de medicación gastroprotectora.

Se realizaron comparaciones para las variables dicotómicas usando el estadístico exacto de Fisher, admitiendo

como nivel de significación estadística valores de p inferiores al 0,05 (test de 2 colas).

RESULTADOS

La muestra final estuvo constituida por 1.119 pacientes (729 mujeres; representando el 65,1%) con una edad media global de 80,4 años (intervalo, 65-101) y sin diferencias significativas entre los 2 sexos. En la tabla 1 se presentan las principales características de la muestra analizada.

Cabe destacar que con respecto a la situación funcional de la muestra (evaluada según la escala de incapacidades de la Cruz Roja), la mayoría de los pacientes no tenía limitaciones en el área física (grados 0-1: 53,7%) ni mental (grados 0-1: 68,1%), con un pequeño porcentaje de pacientes con incapacidad grave (grados 4-5) tanto en el área física (8,4%) como mental (5,6%).

Las principales enfermedades que motivaron la consulta médica se recogen en la tabla 2, y destacan como más frecuentes los procesos del sistema nervioso (fundamentalmente el deterioro cognitivo), los trastornos psiquiátricos (fundamentalmente la depresión), las enfermedades circulatorias (fundamentalmente la hipertensión arterial), la enfermedad osteoarticular y un grupo variado de otros procesos (deterioro funcional, alteraciones sensoriales, trastornos inmunológicos, síndrome general o constitucional).

Con respecto a la comorbilidad, cabe remarcar que la media de enfermedades en la muestra general fue de 3,8 por persona (intervalo, 0-10), y destacan como más frecuentes la enfermedad cardiovascular (65,4%; 732 casos); la enfermedad neurológica (42,9%; 480 casos); la enfermedad psiquiátrica (37,9%; 424 casos) y las alteraciones endocrinometabólicas (37,1%; 415 casos).

TABLA 2. Motivos más frecuentes de consulta

	N	Porcentaje
Enfermedades sistema nervioso	389	34,6
Trastornos psiquiátricos	289	20,7
Enfermedades del sistema circulatorio	236	16,9
Otros*	193	13,8
Enfermedad osteoarticular	123	8,8
Enfermedades del sistema respiratorio	112	8,0
Enfermedades digestivas	99	7,1
Enfermedad endocrino/nutricional/ metabólica	87	6,2
Enfermedades hemáticas	35	2,5
Enfermedades renales	18	1,3
Neoplasias	8	0,6

N: número de motivos de consulta.

*Deterioro funcional, alteraciones sensoriales, trastornos inmunológicos, síndrome constitucional.

Nota: en muchos casos se especifica más de un motivo de consulta.

Los fármacos más empleados por los ancianos participantes en este estudio fueron los antiagregantes (425 casos; 40,0%), los diuréticos (384 casos; 34,3%), los antidepresivos (279 casos; 24,9%), los hipnóticos-ansiolíticos (268 casos; 23,9%), los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) (234 casos; 20,9%). Otros grupos farmacológicos como los AINE o los corticoides fueron utilizados por el 15,3% (171 casos) y el 10,5% (118 casos) de la muestra, respectivamente. El número medio de grupos farmacológicos utilizado por los pacientes de la muestra fue de 4.

El antecedente de EAP existió en el 41,1% de la muestra (460 casos), y la gran mayoría de pacientes de este subgrupo presentaba más de 2-4 enfermedades asociadas (55,7%), y destaca que en más de una tercera parte (36,7%) padecían 5 o más. En la tabla 3 se presentan las diferentes entidades consideradas dentro de la EAP; co-

TABLA 3. Distribución de las entidades clínicas incluidas dentro de la enfermedad ácido-péptica

	N	Porcentaje ^b	Porcentaje ^c
ERGE	255	55,2	22,7
Enfermedad ulcerosa ^a	129	28,0	11,5
Úlcera gástrica	41	8,9	3,6
Úlcera duodenal	68	14,8	6,0
Dispepsia	190	41,3	16,9
Otras enfermedades	49	10,7	4,3

ERGE: enfermedad por reflujo gastroesofágico.

^a20 pacientes (1,8%) que presentan úlcera no especifican si es gástrica o duodenal.

^bPorcentaje calculado sobre el total de pacientes con clínica de enfermedad ácido-péptica (n = 460).

^cPorcentaje calculado sobre el total de pacientes evaluables (n = 1.119).

Nota: los pacientes pueden especificar más de una enfermedad acidopéptica, por lo que la suma de los porcentajes de los distintos apartados de EAP es superior al porcentaje global (40,9%).

mo más frecuente destaca la ERGE, seguida de la enfermedad ulcerosa.

Al comparar las características de los 2 subgrupos de pacientes (con y sin EAP), no se encontraron diferencias significativas en relación con el sexo, la edad media, los datos antropométricos ni los hábitos tóxicos.

Los principales síntomas asociados al diagnóstico de ERGE fueron la pirosis (67,2%; 164 casos), el dolor epigástrico (57,4%; 140 casos) y la sensación de plenitud posprandial (55,3%; 135 casos), y se presentaron, en su gran mayoría, con intensidad leve. Sin embargo, hasta un 30% de los pacientes presentaban síntomas atípicos como disfagia y dolor torácico. El número medio de síntomas en este subgrupo de pacientes fue de 3,9, y la mediana del número de síntomas fue de 4. En la tabla 4 se

TABLA 4. Síntomas clínicos, y su intensidad, en pacientes con ERGE

	Presencia		Leve		Moderado		Grave	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Pirosis	164	67,2	102	41,8	56	23,0	6	2,5
Dolor epigástrico	140	57,4	86	35,2	50	20,5	4	1,6
Plenitud posprandial	135	55,3	79	32,4	49	20,1	7	2,9
Flatulencia	130	53,1	70	28,6	53	21,6	7	2,9
Regurgitación	127	51,6	87	35,4	36	14,6	4	1,6
Náuseas	67	27,3	48	19,6	17	6,9	2	0,8
Disfagia	66	26,9	45	18,4	21	8,6	-	-
Dolor torácico	56	23,0	46	18,9	9	3,7	1	0,4
Manifestaciones respiratorias	40	16,4	28	11,5	12	4,9	-	-
Manifestaciones orales	32	13,1	24	9,8	7	2,9	1	0,4
Vómitos	30	12,2	21	8,6	8	3,3	1	0,4

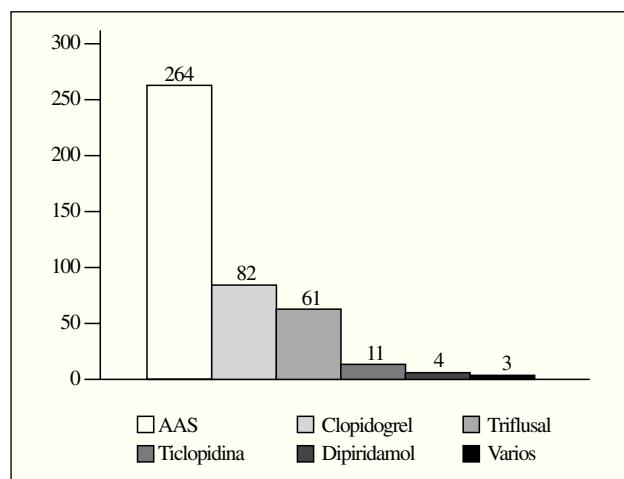


Figura 1. Fármacos antiagregantes más empleados. AAS: ácido acetilsalicílico.

TABLA 5. Utilización de tratamiento antisecreto por los participantes en el estudio

		N	Porcentaje ^a	Porcentaje ^b
Anti-H ₂	Famotidina	16	1,4	8,3
	Ranitidina	77	6,9	
IBP	Omeprazol	270	24,0	29,2
	Pantoprazol	48	4,3	
	Lansoprazol	8	0,7	
	Rabeprazol	2	0,2	

IBP: inhibidores de la bomba de protones.

^aPorcentaje calculado sobre el total de pacientes evaluables (n = 1.119).

^bPorcentaje de pacientes que toman anti-H₂ e IBP respecto al total de pacientes.

recogen los síntomas asociados a la ERGE, así como su intensidad.

La utilización de medicación potencialmente gastroerosiva existió en el 53,8% de la muestra (602 pacientes), y destacan como grupos farmacológicos más comunes los antiagregantes (38,0%; 425 casos) y los AINE (15,3%; 171 casos), con una baja frecuencia de utilización de corticoides (6,3%; 70 casos).

En la figura 1 se presentan los fármacos tomados con acción antiagregante, y destaca que el ácido acetilsalicílico (AAS) era el más consumido (el 62% de los pacientes que tomaba fármacos gastroerosivos). Es importante resaltar que en un pequeño porcentaje de los pacientes (5,5%; 62 casos) se utilizaban 2 o 3 fármacos gastroerosivos.

Al analizar la muestra global se observó que el 37,7% (422 casos) de los pacientes tomaba medicación antise-

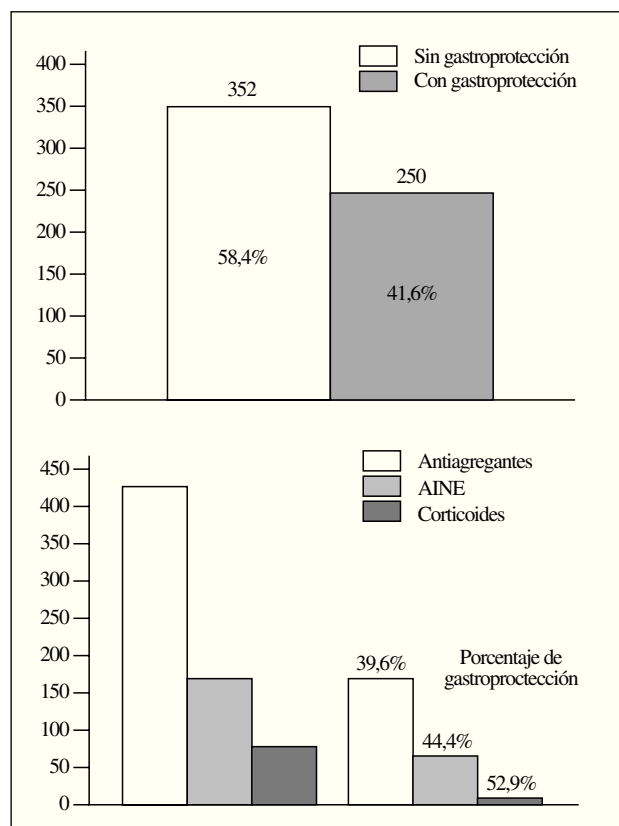


Figura 2. Uso de fármacos gastroerosivos. Gastroprotección en pacientes en tratamiento gastroerosivo. AINE: antiinflamatorios no esteroideos.

cretora. Las indicaciones más frecuentes fueron la gastroprotección (50,9%; 215 casos) y la ERGE (34,6%; 146 casos). Con menos frecuencia se utilizó en la dispepsia (17,5%; 74 casos), y en la enfermedad ulcerosa (12,8%; 54 casos).

Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) eran utilizados por el 29,3% de la muestra analizada (328 casos) y los anti-H₂ por el 8,3% (93 casos). Resulta interesante destacar que los pacientes bajo tratamiento con anti-H₂ estaban recibiendo este tratamiento durante un mayor período (16,2 meses) que los pacientes en tratamiento con IBP (11,3 meses). En la tabla 5 se presenta la utilización de los principales fármacos antisecretores por los pacientes del estudio.

En la figura 2 se presentan los datos de la toma de fármacos gastroerosivos, y se muestra además el porcentaje de gastroprotección según el tipo de fármaco gastroerosivo consumido por el paciente (antiagregantes, AINE, corticoides). Se encontró que una mayoría de los pacientes no recibían gastroprotección (58,4%; 352 casos), y se demostró una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,005$; Fisher) entre la toma o no de medicación gastroprotectora en relación con la utilización de fármacos potencialmente gastroerosivos. Con respecto al porcentaje

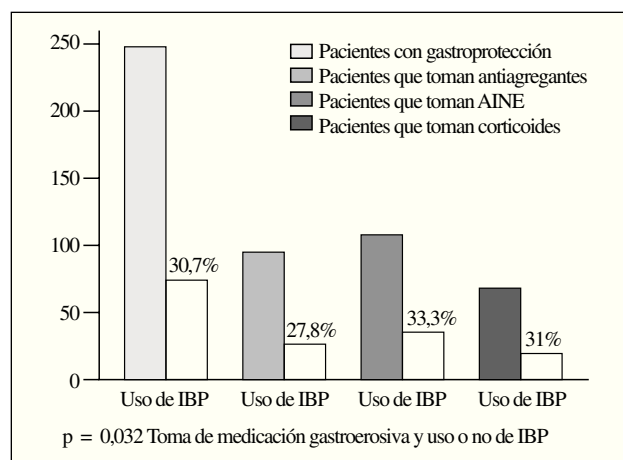


Figura 3. Gastroprotección con inhibidores de la bomba de protones (IBP). AINE: antiinflamatorios no esteroideos.

de gastroprotección según el fármaco potencialmente gastroerosivo empleado, se observó una mayor gastroprotección en los casos del tratamiento corticoideo y de AINE, y es más baja en el caso de la medicación antiagregante.

Analizando específicamente el tratamiento antisecreto con IBP en relación con la toma de fármacos gastroerosivos (fig. 3), se demostró que sólo el 30,7% de los pacientes (76 casos) estaba gastroprotegido con IBP, y se estableció una diferencia estadísticamente significativa entre este tipo de tratamiento antisecreto en función de la toma de medicación gastroerosiva ($p = 0,032$; Fisher). Los subgrupos de pacientes que porcentualmente recibían más gastroprotección con IBP eran aquellos en tratamiento con AINE (33,3%) y con corticoides (27,8%); el subgrupo de los pacientes bajo tratamiento antiagregante era el que recibía una menor gastroprotección con IBP.

DISCUSIÓN

Este estudio epidemiológico que incluye a más de 1.000 pacientes ancianos refleja la elevada prevalencia de la EAP en la población anciana atendida por cualquier causa en las consultas externas de los servicios o unidades hospitalarias de geriatría. En nuestro estudio, el 41% de los pacientes incluidos presentaba el antecedente de EAP, lo que la sitúa, tras las enfermedades cardiovascular, osteoarticular y neurológica, en el grupo de enfermedades más prevalentes en los pacientes mayores.

En estudios recientes se comunica una prevalencia de la EAP en la población general de al menos el 25%¹², con manifestaciones de reflujo gastroesofágico en torno al 40% de la población general en los países occidentales³² y de infección por *H. pylori* en más del 50% de la población anciana^{5,6}.

La prevalencia encontrada en este estudio es ligeramente superior a las cifras comunicadas por otros autores, aunque en los estudios observacionales en que se evalúan los síntomas de la EAP se encuentra que la prevalencia es mayor, en torno al 40-50% de la población, por lo que podría infraconsiderarse la prevalencia real^{12,32,33}.

Dentro de las diferentes entidades clínicas que se agrupan como EAP, el trastorno más frecuentemente observado en los pacientes ancianos encuestados ha sido la ERGE, al igual que se ha comunicado en la población general. Desde el punto de vista fisiopatológico, en el proceso de envejecimiento se produce una alteración en la barrera antirreflujo, una disminución del aclaramiento esofágico, una menor resistencia de la mucosa esofágica a la agresión del ácido y un retraso en el vaciamiento gástrico, todos ellos factores que pueden explicar la alta frecuencia de la enfermedad en este grupo de edad e incluso la mayor gravedad de los síntomas³⁴⁻³⁶. Si bien la pirosis fue el síntoma más frecuente, se observó que otros síntomas considerados como menos típicos (disfagia o dolor torácico) aparecían hasta en un 30% de los pacientes de nuestra muestra. En ese sentido, algunos aspectos que podrían contribuir a alterar el patrón clínico típico de la sintomatología de la ERGE en los mayores serían la presencia de alteraciones motoras esofágicas y la mayor existencia de complicaciones a largo plazo, como es el caso de la estenosis esofágica, descrita más frecuentemente en ancianos que en adultos más jóvenes³⁷.

Este estudio muestra claramente el perfil del paciente anciano con EAP; en ellos como características más relevantes destaca la presencia de elevada comorbilidad y polifarmacia, con las consiguientes interacciones farmacológicas. Es importante resaltar que más del 90% de los pacientes con síntomas de EAP presentaban importante patología asociada, fundamentalmente cardiovascular, neurológica, osteoarticular y psiquiátrica. Esta frecuente comorbilidad condiciona, lógicamente, una elevada tasa de polimedicación. En nuestro estudio, mientras que el 90% del total los pacientes tomaba más de 2 fármacos, un 40% de los que presentaban sintomatología de EAP recibía 5 o más fármacos.

Es bien sabido que la utilización conjunta de varios fármacos aumenta el riesgo de interacciones, a la vez que puede alterar la eficacia de los diferentes principios y aumenta la tasa de efectos adversos³⁸. Este hecho es de especial relevancia en el tratamiento de la EAP, ya que la mayoría de los fármacos utilizados se metabolizan y compiten a través del sistema del citocromo P-450, como es el caso de las benzodiazepinas, los anticoagulantes, la digoxina, las teofilinas, los antiepilépticos y otros fármacos de frecuente utilización en la población anciana. Este hecho adquiere especial interés en los pacientes que utilizan antisecretores, ya que más del 90% de éstos utilizan, además, fármacos con un perfil alto de interacciones. Por esta razón, en este grupo de población adquiere especial

importancia elegir tratamientos con el menor potencial de interacciones posibles³⁹.

Con respecto a los objetivos secundarios de este trabajo, como el análisis de la toma de gastroerosivos y las estrategias de gastroprotección en una población de tan alto riesgo como las personas mayores, más del 45% de los ancianos que acudían a las consultas hospitalarias de geriatría tomaba fármacos de probada toxicidad gastroduodenal. Un claro ejemplo, en relación con la alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares, es el frecuente uso de antiagregantes como profilaxis o tratamiento de éstas, y es bien sabido que aspirina y otros antiagregantes, incluso a dosis bajas, han demostrado toxicidad gastrointestinal⁴⁰⁻⁴³. Un segundo ejemplo, es la frecuente toma de AINE, consumidos por el 15% de los encuestados.

La mayoría de la población que tomaba fármacos gastroerosivos presentaba, al menos, el factor de riesgo añadido que supone la edad avanzada, hecho considerado suficiente para la indicación de gastroprotección farmacológica por algunos autores^{39,42}. Algunos pacientes presentaban, además, otros factores de riesgo como la presencia de úlcera gastroduodenal o la toma concomitante de esteroides y/o de anticoagulantes. Con todos estos datos, sorprende que sólo un 41,6% de estos pacientes en riesgo utilizara fármacos con intención gastroprotectora, y la gran mayoría de los pacientes de la muestra (58,4%) permaneciera sin protección gástrica pese a la coexistencia de varios factores de riesgo. Los pacientes con un porcentaje menor de utilización de gastroprotección son los que tomaban antiagregantes. Este hecho refleja la falsa idea extendida entre numerosos profesionales de la ausencia de toxicidad gastrointestinal de los antiagregantes y, en especial, de la aspirina a dosis bajas. En este sentido, conviene recordar que existen numerosos artículos en la bibliografía que demuestran el daño gastrointestinal por aspirina a dosis bajas^{29,30,40}.

Numerosos estudios han demostrado la eficacia de los IBP en la prevención de la gastropatía por AINE⁴⁴⁻⁴⁷. Esta eficacia es discretamente superior a la del misoprostol y a la de los antagonistas de los receptores H₂⁴⁴⁻⁴⁷, fármacos subóptimos, ya que en algunos casos protegen de la aparición de úlcera duodenal pero no de la úlcera gástrica⁴⁷.

En nuestro estudio, la mayoría de los pacientes gastroprotegidos utilizaba IBP. Sin embargo, uniendo a los pacientes que tomaban gastroprotectores subóptimos (antagonistas H₂) y a aquellos que no tomaban nada, se puede concluir que sólo un 30% de los pacientes con factores de riesgo en tratamiento con gastroerosivos recibía una gastroprotección eficaz.

En conclusión, este estudio proporciona una información valiosa acerca de la prevalencia de la EAP en los ancianos, lo que permite conocer unos aspectos clínicos muy interesantes, como el alto consumo de medicación gastroerosiva y la baja gastroprotección utilizada, espe-

cialmente en el caso de los antiagregantes. Creemos que los resultados de este estudio pueden servir como reflexión para facilitar la detección temprana y mejorar el tratamiento de la EAP, e incidir en la importancia de una adecuada gastroprotección en pacientes ancianos que toman gastroerosivos, tratando de evitar así una serie de complicaciones atribuibles al uso de determinados grupos farmacológicos, especialmente los AINE y la antiagregación.

COMITÉ CIENTÍFICO Y PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

Comité científico del estudio: Prof. J.M. Ribera-Casado, Dr. F. Guillén-Llera, Dr. J.L. Calleja-Panero

Relación de participantes en el estudio: J.M. Ribera Casado, C. Verdejo Bravo, C. Fabre Rodríguez. Hospital Clínico San Carlos. Madrid; F. Guillén Llera, J.M. Jiménez Paéz. Hospital Universitario de Getafe. Madrid; J.A. Serra Rexach, M. Vidán Astiz, E. Marañón Fernández. Hospital Gregorio Marañón. Madrid; J.L. Calleja Panero. Hospital Puerta de Hierro. Madrid; M.P. Jiménez Jiménez; M. Hornillos Calvo. Hospital General de Guadalajara. Guadalajara; A. Carbonell Ancar, F. Madruga Galán. Hospital Virgen del Valle. Toledo; A. Cervera Alemany, M.J. Robles. Centro Geriátrico Municipal. IMAS. Barcelona; S. Ariño Blasco, J. Martos Gutiérrez. Hospital Municipal de Granollers. Barcelona; P. Abizanda Soler, C. Luengo Márquez, L. Romero Rizos Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro. Albacete; J. Doménech Aznar Hospital 9 de Octubre. Valencia; J. Mercé Cortés. Hospital Dr. Peset. Valencia; D. Pérez Hernández, E. Corujo Rodríguez. Hospital Insular de Lanzarote. Lanzarote; J.L. González Guerrero, M. Antón Jiménez. Hospital Virgen de la Montaña. Cáceres; C. Martínez Manzanares. Hospital Virgen de la Macarena. Sevilla; C. Rodríguez Pascual. Hospital Meixoeiro. Vigo; J.M. Cullulo López. Hospital de San Jorge. Zaragoza.

Colaboración especial en la revisión del manuscrito: Dr. J.M. Jiménez Paéz, Dr. C. Rodríguez Pascual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez JM, Guillén F. Enfermedad ácido péptica en el paciente anciano. En: La enfermedad ácido péptica en las personas mayores. Recordati España; 2001. p. 11-28.
2. Bravo G, Jiménez JM, Guillén F, Torres M. Prevalencia de la enfermedad ácido péptica y sus complicaciones en una Unidad de Agudos de Geriatría de un Hospital General. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2000;35 Supl 1:73.
3. Martínez Manzanares C, González Guerrero JL, Ariño S, Martos J, Corujo, Jiménez MA. Frecuencia de enfermedad ácido péptica en pacientes mayores ambulatorios. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002;37 Supl 1:81.
4. Newton JL. Changes in upper gastrointestinal pathology with age. Mech Ageing Dev. 2004;125:867-70.
5. Smith ML. Functional dyspepsia pathogenesis and therapeutic options -Implications for management. Dig Liver Dis. 2005;37:547-58.
6. Greenwald DA. Aging, the gastrointestinal tract, and risk of acid-related disease. Am J Med. 2004;117 Supl 5A:S8-13.

7. Pilotto A, Francheschi M, Leandro G, Novello R, Di Mario F, Valerio G. Long-term clinical outcome of elderly patients with reflux esophagitis: a six month to three year follow-up study. *Am J Ther*. 2002;9:295-300.
8. Monés J. Enfermedad por reflujo gastroesofágico en el anciano. En: Vellas B, Russell R, Dyard F, Garry P, Albareda J, editores. *Enfermedades digestivas en el anciano*. Barcelona: GLOSA; 2000. p. 133-58.
9. Richter JE. Gastroesophageal reflux disease in the older patient: presentation, treatment and complications. *Am J Gastroenterol*. 2000;95:368-73.
10. Borum ML. Peptic-ulcer disease in the elderly. *Clin Geriatr Med*. 1999;15:457-71.
11. Cohen H. Peptic ulcer and *Helicobacter pylori*. *Gastroenterol Clin North Am*. 2000;29:775-89.
12. Majumdar SR, Soumerai SB, Farraye FA, Lee M, Kemp JA, Henning JM, et al. Chronic acid-related disorders are common and underinvestigated. *Am J Gastroenterol*. 2003;98:2409-14.
13. Linder JD, Wilcox CM. Acid peptic disease in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am*. 2001;30:363-76.
14. Fu HY, Murata H, Kawano S. Quality of Life and the older people with peptic ulcer. *Nippon Rinsho*. 2002;60:1633-8.
15. Singh G, Triadafilopoulos G. Epidemiology of NSAID-induced gastrointestinal complications. *J Rheumatol*. 1999;26:18-24.
16. Tepper RE, Katz S. Overview: geriatrics gastroenterology. En: Tallis R, Fillit H, Brocklehurst JC, editors. 5th ed. *Textbook of geriatric medicine and gerontology*. Edinburgh: Churchill-Livingstone; 1998. p. 783-8.
17. Soll AH. Peptic ulcer and its complications. Gastric, duodenal and stress ulcer. En: Sleisinger, Fordtran, editors. *Gastrointestinal and liver disease*. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 1998. p. 580-652.
18. Wallace JL. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and gastroenterology: The second hundred years. *Gastroenterology*. 1997;112:1000-16.
19. Wolfe MM, Lichtenstein DR, Singh G. Gastrointestinal toxicity of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *N Engl J Med*. 1999;340:1888-99.
20. Singh G. Recent considerations in nonsteroidal anti-inflammatory drug gastropathy. *Am J Med*. 1998;105:315-85.
21. Sociedad Española Geriatria y Gerontología. *Geriatria XXI*. Madrid: Edimsa; 2000.
22. Barkin J. The relation between *Helicobacter pylori* and nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Am J Med*. 1998;105:225-35.
23. Onder G, Pedone C, Landi F, Cesari M, Della Vedova C, Bernabei R, et al. Adverse drug reactions as cause of hospital admissions: results from the Italian Group of Pharmacoepidemiology in the Elderly (GIFA). *J Am Geriatr Soc*. 2002;50:1962-8.
24. Truitt KE, Sperling RS, Ettinger WH Jr, Greenwald M, DeTora L, Zeng Q, et al. A multicenter, randomised, controlled trial to evaluate the safety profile, tolerability and efficacy of rofecoxib in advanced elderly patients with osteoarthritis. *Aging*. 2001;13:112-21.
25. Goldstein JL, Correa P, Zhao WW, Burr AM, Hubbard RC, Verburg KM. Reduced incidence of gastroduodenal ulcer with celecoxib, a novel cyclooxygenase-2 inhibitor, compared to naproxen in patients with arthritis. *Am J Gastroenterol*. 2001;96:1019-27.
26. Langman MJ, Jensen DM, Watson DJ, Harper SE, Zhao PL, Quan H, et al. Adverse upper gastrointestinal effects of rofecoxib compared with NSAIDs. *JAMA*. 1999;282:1929-33.
27. Richy F, Bruyere O, Ethgen O, Rabenda V, Bouvenot G, Audran M, et al. Time dependent risk of gastrointestinal complications induced by non-steroidal anti-inflammatory drug use: a consensus statement using a meta-analytic approach. *Ann Rheum Dis*. 2004;63:759-66.
28. Weil J, Colin-Jones D, Langman M, Lawson D, Logan R, Murphy M, et al. Prophylactic aspirin and risk of peptic ulcer bleeding. *BMJ*. 1995;310:827-30.
29. Slattery J, Warlow CP, Shorrock CJ, Langman MJ. Risk of gastrointestinal bleeding during secondary prevention of vascular events with aspirin—Analysis of gastrointestinal bleeding during the UK-TIA trial. *Gut*. 1995;37:509-11.
30. 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 non-steroidal anti-inflammatory drugs: the role of gastroprotective drugs. *Aging Clin Exp Res*. 2003;15:494-9.
31. Guillén F, García A. Ayuda a domicilio. Aspectos médicos en geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1972;7:339-46.
32. Ronkainen J, Aro P, Storskrubb T, Johansson S-E, Lind T, Bolling-Sternevald E, et al. High prevalence of gastroesophageal reflux symptoms and esophagitis with or without symptoms in the general adult Swedish population: a Kalixanda study report. *Scand J Gastroenterol*. 2005;40:275-85.
33. Bytzer P. Gastro-oesophageal reflux disease: epidemiologic challenges. *Scand J Gastroenterol*. 2005;40:247-9.
34. Richter JE. Gastroesophageal reflux disease in the older patient: presentation, treatment and complications. *Am J Gastroenterol*. 2000;95:368-73.
35. Verdejo C, Montiel M, Sevilla MC, Ruiz de León A. Patología digestiva en el paciente anciano. Alteraciones por reflujo gastroesofágico. Trastornos del ritmo intestinal. Valoración diagnóstica y actitud terapéutica. *Medicine (Barcelona)*. 2003;8:5826-33.
36. Johnson DA. Gastroesophageal reflux disease in the elderly—A prevalent and severe disease. *Rev Gastroenterol Disord*. 2004;4 Suppl 4: S16-24.
37. Hungin AP, Raghunath A. Managing gastro-oesophageal reflux disease in the older patient. *Digestion*. 2004;69 Suppl 1:17-24.
38. Pilotto A, Francheschi M, Leandro G, Novello R, Di Mario F, Valerio G. Long term clinical outcome of elderly patients with reflux esophagitis: a six month to three year follow-up study. *Am J Ther*. 2002;9:295-300.
39. Robinson M. Proton pump inhibitors: update on their role in acid-related gastrointestinal diseases. *Int J Clin Pract*. 2005;59:709-15.
40. Lanus A. Current approaches to reducing gastrointestinal toxicity of low-dose aspirin. *Am J Med*. 2001;110:S70-3.
41. Graham DY, Agrawal NM, Campbell DR, Haber MM, Collis C, Lukasik NL, et al. Ulcer prevention in long-term users of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Arch Intern Med*. 2002;162:169-75.
42. Laine L. Approaches to nonsteroidal anti-inflammatory drug use in the high-risk patient. *Gastroenterology*. 2001;120:594-606.
43. Laine L, Bombardier C, Hawley CJ, Davis B, Shapiro D, Brett C, et al. Stratifying the risk of NSAID-related upper gastrointestinal clinical events: results of a double-blind outcomes study in patients with rheumatoid arthritis. *Gastroenterology*. 2002;123:1006-12.
44. Hawkey CJ, Karrasch JA, Szczepański L, Walker DG, Barkun A, Swannell AJ, et al. Omeprazole compared with misoprostol for ulcers associated with nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *N Engl J Med*. 1998;338:727-34.
45. Yeomans ND, Tulassay Z, Juhasz L, Racz I, Howard JM, Van Rensburg CJ, et al. A comparison of omeprazole with ranitidine for ulcers associated with nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *N Engl J Med*. 1998;338:719-26.
46. Bianchi Porro G, Lazzaroni M, Imbesi V, Montrone F, Santagada T. Efficacy of pantoprazole in the prevention of peptic ulcers, induced by non-steroidal anti-inflammatory drugs: a prospective, placebo-controlled, double-blind, parallel-group study. *Dig Liver Dis*. 2000;32:201-8.
47. Pilotto A, Francheschi M, Leandro G, Paris F, Cascavilla L, Longo MG, et al. Proton-pump inhibitors reduce the risk of uncomplicated peptic ulcer in elderly either acute or chronic users of aspirin/non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004;20:1091-7.