

Tratamiento sintomático de la artrosis: patrón de utilización de antiinflamatorios no esteroides en los centros de salud españoles

Luis R. Arboleya^a, Enrique de la Figuera^b, María Soledad García^c, Belén Aragón^c
y Grupo de Estudio VICOXX*

^aSección de Reumatología. Hospital de Cabueñes. Gijón. Asturias. ^bCentro de Salud Delicias Sur. INSALUD. Zaragoza. ^cChilten International Spain, S.A. Madrid.

Objetivos: Conocer el tratamiento de los pacientes artrósicos en tratamiento con antiinflamatorios no esteroides (AINE) en condiciones de práctica clínica habitual en el ámbito de la atención primaria en España.

Métodos: Estudio multicéntrico observacional retrospectivo que incluye datos de un período de 6 meses y que analiza las pautas terapéuticas de los usuarios de AINE en 29 centros de atención primaria españoles.

Resultados: Se incluyó a 897 pacientes con diagnóstico de artrosis confirmado radiológicamente. La edad media es de 66 años y el 76% son mujeres. Más del 74% de los pacientes presenta artrosis generalizada primaria, y la rodilla y la columna son las localizaciones predominantes. Los AINE más utilizados son el diclofenaco, aceclofenaco y piroxicam. A un 51% de los pacientes se le ha prescrito medicación gastrointestinal. Se han observado efectos adversos gastrointestinales en el 26% de los pacientes, de los que el 83% estaba asociado al tratamiento con AINE. La prevalencia de efectos adversos gastrointestinales graves fue del 0,7%. Tanto los pacientes como los médicos estiman que el estado de salud de los pacientes no es bueno (el 83 y el 77,4%, respectivamente) y más del 46% de los médicos y los pacientes no estaba satisfecho con la terapia prescrita.

Conclusiones: Existe un elevado porcentaje de utilización de AINE; la coprescripción de fármacos gastrointestinales es muy elevada y no siempre ajustándose su indicación a pacientes con alto riesgo de complicaciones gastrointestinales. Estos

hallazgos, unidos a la baja percepción del estado de salud y satisfacción con el tratamiento por parte del médico y del paciente, indican una ineficiente utilización de recursos en el tratamiento de la artrosis y la necesidad de nuevas aproximaciones terapéuticas.

Palabras clave: Artrosis. AINE. Satisfacción.

Symptomatic treatment of osteoarthritis: pattern of use of non-steroidal anti-inflammatory agents in Spanish health centers

Objectives: To describe the management of osteoarthritic patients undergoing treatment with non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in current clinical practice in the primary care setting in Spain.

Methods: A multicenter, observational, retrospective study was performed that included six months' data on the therapeutic regimens of NSAID users in 29 Spanish primary care centers.

Results: A total of 897 patients with a radiologically confirmed diagnosis of osteoarthritis were included in the study. The mean age was 66 years and 76% of the patients were women. More than 74% of patients presented primary generalized osteoarthritis and the most frequent locations were the knee and spinal column. The most commonly used NSAIDs were diclofenac, aceclofenac and piroxicam. In addition, 51% of patients were prescribed some kind of gastrointestinal medication, the majority of which were antisecretors. Gastrointestinal adverse events were observed in 26% of the patients, of which 83% were associated with NSAID treatment. The prevalence of severe gastrointestinal adverse events was 0.7%. Both patients and doctors reported that overall health status was not good (83% and 77.4% respectively) and more than 46% of patients and doctors were dissatisfied with the treatment prescribed.

El estudio VICOXX ha sido patrocinado por Merck Sharp and Dohme, España.

Correspondencia: Dr. Luis R. Arboleya.
Sección de Reumatología. Hospital de Cabueñes.
Cabueñes, s/n. Gijón. Asturias.

*Los miembros del Grupo de Estudio VICOXX se exponen al final del artículo.

Manuscrito recibido el 11-02-2002 y aceptado el 19-04-2002.

Conclusions: NSAIDs are frequently prescribed. Coprescription of gastrointestinal drugs is also common, not always in patients at high risk for gastrointestinal complications. This, together with the low satisfaction and self-perceived health status by both patients and doctors indicates inefficient resource utilization when managing osteoarthritic patients and the need for new therapeutic approaches.

Key words: Osteoarthritis. NSAIDs. Satisfaction.

Introducción

Las enfermedades reumáticas tienen una alta prevalencia en los países occidentales y son una de las principales causas de incapacidad¹⁻³. Dentro de este grupo, la artrosis es la entidad más frecuente, y ocupa el cuarto lugar entre las enfermedades que causan mayor impacto sobre la salud en las mujeres y el octavo en los varones⁴. En España se puede afirmar que casi una tercera parte de la población general presenta alguna enfermedad del aparato locomotor, y la artrosis y el reumatismo de partes blandas son las principales causas⁵. Hasta ahora, únicamente se tenían datos de estudios concretos de prevalencia y los resultados dependían de la población incluida, los criterios diagnósticos y la localización de la artrosis considerada. En un estudio realizado en el Principado de Asturias, Ballina et al⁶ obtuvieron una prevalencia de artrosis del 23,8% (el 16,2% en varones y el 29,7% en mujeres) considerando únicamente sintomatología clínica en sujetos mayores de 18 años, mientras que Paulino et al⁷ observaron una prevalencia del 26%, en una población rural de la provincia de Ciudad Real, con diagnóstico radiológico confirmado. En el estudio EPISER, realizado durante el año 2000, sobre una muestra representativa del territorio nacional, la prevalencia de artrosis sintomática de rodilla y mano era del 10,2 y 6,2%, respectivamente⁸.

La artrosis es una enfermedad de las articulaciones móviles caracterizada por el deterioro inicial del cartílago articular seguido de una respuesta reparadora excesiva y desordenada, que provoca una formación de hueso nuevo en las superficies y en los márgenes de las articulaciones que, en muchos casos, tiene asociado un componente inflamatorio secundario. Sus manifestaciones clínicas más frecuentes son el dolor, la rigidez y el derrame articular. Los antiinflamatorios no esteroides (AINE) constituyen el grupo terapéutico con más frecuencia utilizado en el tratamiento de la artrosis. Sin embargo, su uso está condicionado por su toxicidad gastrointestinal (GI), que provoca una elevada incidencia de efectos adversos graves, relacionados fundamentalmente con la inhibición de la ciclooxigenasa-1 (COX-1) gástrica⁹. Se

estima que aproximadamente del 10 al 25% de la población consumidora habitual de AINE experimenta algún efecto adverso gastrointestinal (EAGI)⁹⁻¹². Por esta razón el uso de AINE lleva asociado en muchos casos la coprescripción de fármacos con supuesto efecto gastroprotector, aunque la mayoría no dispone de evidencias basadas en ensayos clínicos prospectivos que hayan demostrado que la incidencia de complicaciones graves (hemorragias, úlceras sintomáticas y perforaciones) inducidas por AINE realmente disminuya¹³⁻¹⁵.

A pesar del impacto socioeconómico de estas enfermedades, son pocos los estudios realizados en España sobre el tratamiento del paciente artrótico y los que hay se refieren exclusivamente a áreas geográficas concretas⁸. Por este motivo, se puso en marcha este estudio en el ámbito de atención primaria, planteado con los objetivos siguientes:

- Realizar un análisis descriptivo retrospectivo del tratamiento con AINE que se prescribe a los pacientes diagnosticados de artrosis.
- Analizar el estado de salud global y la satisfacción con las terapias disponibles para el control del dolor y la inflamación provocada por la artrosis.

Pacientes y métodos

Se ha realizado un estudio multicéntrico, observacional y retrospectivo en el que han participado 29 centros de atención primaria de España, distribuidos en las siguientes provincias: Sevilla, Huelva, Almería, Málaga, Barcelona, Madrid, León, Valladolid, Cantabria, La Rioja, Vizcaya, Guipúzcoa, Zaragoza, Murcia, Cáceres, Pontevedra, Valencia y Alicante.

Se han incluido en el estudio pacientes con edad igual o superior a 18 años que cumplieran las tres condiciones siguientes: tener recogida su historia clínica en el centro participante, haber sido diagnosticados de artrosis por sospecha clínica y confirmación radiográfica, estar en tratamiento para la artrosis con AINE por vía oral en el momento de la visita o que, a juicio del investigador, existiera indicación de prescribir tal tratamiento tras su inclusión en el estudio.

El período de inclusión de casos fue de mayo a diciembre de 1999 y se recogieron los datos, de manera retrospectiva, de los 6 meses previos a la inclusión en el estudio.

Una vez verificado que los pacientes cumplieran los criterios de inclusión, los investigadores recogieron de la historia clínica los datos relativos a la artrosis y, mediante entrevista a cada uno de los pacientes, la percepción sobre su estado de salud y grado de satisfacción con la terapia recibida hasta ese momento. Las variables incluidas evidencian datos sociodemográficos, características de la artrosis, procesos concomitantes, antecedentes GI, medicación prescrita para la artrosis o derivada de su tratamien-

to y los efectos adversos presentados. En el apartado de medicación se incluyeron los datos de los AINE, analgésicos y fármacos GI utilizados, las dosis empleadas, el período de consumo del fármaco y la causa del fin del tratamiento. Se consideró que dos pautas de tratamiento son independientes cuando se cambia el tipo o dosis del fármaco o cuando existe un intervalo entre ellas. También se recogieron otros tratamientos recibidos para la artrosis: electroterapia, termoterapia, infiltraciones, etc. Se evaluó el estado de salud global y la satisfacción con el tratamiento, tanto por parte del paciente como del clínico investigador, mediante preguntas con escalas de Likert con siete categorías para la satisfacción y cinco categorías para el estado de salud global.

Los datos fueron recogidos por cada investigador en un cuaderno de recogida de datos en papel y, posteriormente, esta información era introducida, en una aplicación informática diseñada al efecto, por el coordinador de cada centro de atención primaria. Una vez completado el número de pacientes asignado a cada investigador, se enviaron las bases de datos al centro coordinador donde se incorporaron los datos de todos los centros participantes.

A lo largo de todo el estudio se implantaron medidas de control de calidad y confidencialidad de la información recogida. Con el fin de garantizar la homogeneidad en la recogida de información, se elaboró un protocolo detallado del estudio, se hicieron reuniones de entrenamiento con todos los investigadores, se realizaron visitas de monitoriza-

ción a los centros y hubo un estrecho seguimiento telefónico para asegurar el correcto cumplimiento de las variables incluidas en el estudio.

En el análisis estadístico se ha utilizado la estimación puntual y por intervalos de confianza del 95% (error tipo I del 5%) con el fin de obtener tanto el perfil demográfico de los pacientes incluidos como la distribución de las características de la artrosis, fármacos prescritos y tratamientos coadyuvantes. Para la comparación de variables cualitativas se ha empleado la prueba exacta de Fisher y la prueba de la χ^2 . Los programas informáticos utilizados para el análisis fueron Epi-Info 2000 y SPSS 10.1.

Resultados

Características de la población

Se reclutó a un total de 897 pacientes con diagnóstico de artrosis confirmado radiológicamente y tratados con AINE, cuyas características demográficas y clínicas se recogen en la tabla 1. Un 76% de los pacientes incluidos en el estudio fueron mujeres y la edad media de los pacientes fue de 66 ± 9 años (límites, 30-98 años); no se observaron diferencias entre sexos. La mayoría de los pacientes era pensionista (59,7%) y el 12,6% estaba trabajando en el momento de su inclusión en el estudio. En cuanto a los procesos concomitantes recogidos en el estudio, las enfermedades cardiovasculares (40%), la obesidad (35%) y la ansiedad/depresión (26%) fue-

TABLA 1. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes del estudio (n = 897)

Características sociodemográficas	n	Porcentaje (%)	Características clínicas	n	Porcentaje (%)
Género			Tipo de artrosis		
Varón	211	23,6	Monoarticular primaria	201	22,5
Mujer	683	76,4	Generalizada primaria	669	74,7
			Secundaria	25	2,8
Edad (años)			Localización		
< 51	51	5,7	Rodilla	576	64,2
51-55	74	8,2	Cadera	189	21,1
56-60	113	12,6	Manos	145	16,2
61-65	163	18,2	Columna cervical	372	41,5
66-70	171	19,1	Columna dorsal	210	23,4
71-75	177	19,7	Columna lumbar	472	52,6
76-80	99	11	Otras	121	13,5
> 80	49	5,5	Sintomatología		
Mediana, 67			Dolor	892	99,4
Media, 66 (IC del 95%, 65-67)			Derrame articular	110	12,3
DS, 9			Rigidez articular	672	74,9
			Otra	53	5,9
Situación laboral			Factores de riesgo		
Trabajador	113	12,6	Enfermedad cardiovascular	361	40,2
Desempleado	35	3,9	Enfermedad neurológica	30	3,3
Pensionista	519	57,9	Enfermedad respiratoria	69	7,7
Otras	229	25,5	Hepatopatía	28	3,1
			Insuficiencia renal	6	0,7
			Diabetes	104	11,6
			Hipercolesterolemia	260	29
			Obesidad	320	35,7
			Ansiedad/depresión	231	25,8
			Otros	73	8,1

TABLA 2. Antiinflamatorios no esteroides prescritos (AINE) en los 6 meses previos a la inclusión en el estudio

Tipo AINE	n	Porcentaje (%)	Dosis (mg/día)	n	Porcentaje (%)
Diclofenaco	341	26	Diclofenaco		
Aceclofenaco	227	17,3	100	113	33,2
Piroxicam	190	14,5	150	176	51,8
Meloxicam	115	8,8	200	24	7,1
Ibuprofeno	144	11	Otras	27	7,9
Nimesulida	64	4,9			
Naproxeno	77	5,9	Aceclofenaco		
Indometacina	40	3,1	100	23	10,3
Tenoxicam	38	2,9	200	143	63,8
Otros	74	5,6	Otras	58	25,9
Total	1.310				
Número de AINE previos			Piroxicam		
Ninguno	33	3,6	20	156	82,5
Uno	505	56,3	40	27	14,3
Dos	302	33,7	Otras	6	3,2
Tres	40	4,5	Ibuprofeno		
Más de tres	17	1,9	800	19	13,2
			1.200	89	61,8
			1.800	23	16
			Otras	13	9
Motivo de fin de tratamiento con AINE					
Decisión del paciente	47	6,4			
Fin de tratamiento prescrito	372	50,5			
Falta de eficacia	190	25,8			
Efecto adverso GI	80	10,9			
Otro efecto adverso	7	0,9			
Otro motivo	41	5,6			
Total	737				

ron los más frecuentes, con distinta prevalencia según sexo: el 37,9% de las mujeres presentaron obesidad frente al 28,9% de los varones ($p = 0,017$), y el 29,5% de las mujeres refirieron problemas emocionales frente al 12,8% de los varones ($p < 0,001$).

Características de la artrosis

Más del 74% (IC del 95%; 71,6-77,4) de los pacientes presentan artrosis generalizada primaria y son la rodilla y columna los lugares predominantes (tabla 1). En cuanto a la localización de la artrosis, existen diferencias según sexo. Un mayor porcentaje de mujeres presenta artrosis generalizada frente a los varones (el 78,7 y el 61,1%, respectivamente), mientras que un 35,1% de éstos refería artrosis monoarticular frente al 18,6% observado en mujeres ($p < 0,001$). Analizando la localización de la artrosis, un mayor porcentaje de mujeres tiene artrosis en las manos (el 19,2 frente al 6,2% de los varones; $p < 0,001$) y rodilla (el 67 frente al 55% en varones; $p = 0,002$). La mediana de tiempo transcurrido entre el diagnóstico de artrosis y la inclusión en el estudio fue de 6,5 años (RIC; 2-12 años).

Casi la totalidad de los pacientes presentaba sintomatología clínica (el 99,7%; IC del 95%, 99,0-99,9), y en ellos el dolor era el síntoma más frecuente (99,4%), seguido por rigidez articular (74,9%). El 40% de los pacientes refería tener antecedentes GI, siendo los más frecuentes la dispepsia/gastritis y el

reflujo gastroesofágico/esofagitis (el 35,8 y el 14,3%, respectivamente). Un 5,8% (IC del 95%, 4,4-7,5) de los pacientes había tenido algún antecedente GI grave (úlceras gástrica, úlcera duodenal, hemorragia o perforación). No se han observado diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres.

Tratamiento con antiinflamatorios no esteroides

El 96,4% de los pacientes recibió algún tratamiento con AINE en los 6 meses previos a la inclusión en el estudio, y en su mayoría se prescribieron para tratar el dolor y la rigidez articular (el 96,8% y el 55%, respectivamente). El tipo de AINE y las dosis por día de los más utilizados se muestran en la tabla 2. Se prescribieron un total de 1.310 pautas terapéuticas: 505 pacientes (56,3%; IC del 95%, 55,1-61,7) siguieron un único tratamiento, 302 (33,7%; IC del 95%, 31,8-38,2) tuvieron dos y a 57 (6,4%; IC del 95%, 5,0-8,5) se les prescribió más de dos pautas terapéuticas en los últimos 6 meses. Un 3,5% (IC del 95%, 2,4-4,9) de los pacientes tomó dos AINE simultáneamente. El diclofenaco fue el fármaco más utilizado, seguido del aceclofenaco y del piroxicam (26, 17,3 y 14,5% respectivamente). De las 1.310 pautas con AINE prescritas, 737 (56%) habían finalizado en el momento de la recogida de los datos. De las pautas terapéuticas finalizadas, el 26% se suspendió por falta de eficacia del fármaco y casi un 11% por EAGI.

TABLA 3. Efectos adversos gastrointestinales en pacientes en tratamiento con AINE (n = 864)

N.º EAGI/paciente	n	Porcentaje (%)
Ninguno	639	74
Uno	179	20,7
Dos	27	3,1
Más de dos	19	2,2
Tipo de EAGI		
Dispepsia/dolor abdominal	188	21,8
Reflujo gastroesofágico	41	4,7
Náuseas/vómitos	23	2,7
Diarrea	15	1,7
Estreñimiento	10	1,1
Melenas	5	0,6
Úlcera gastroduodenal	3	0,3
Otros	12	1,4
Total	297	

EAGI: efectos adversos gastrointestinales.

Efectos adversos gastrointestinales

El 26% (IC del 95, 23,1-29,1) de los pacientes en tratamiento con AINE sufrió algún EAGI durante el período de estudio y la prevalencia de EAGI graves (úlcera, hemorragia y perforación) en los 6 meses de estudio fue del 0,9% (IC del 95%, 0,4-1,8), sin observarse diferencias en función del sexo o la edad (tabla 3). Sin embargo, se observa una relación directa entre la aparición de EAGI y tener antecedentes GI previos: sólo el 12,7% de los pacientes que no tenían antecedentes GI presentó EAGI frente al 43,6% de los que referían algún antecedente GI conocido ($p < 0,001$). En la tabla 3 se expone el porcentaje de pacientes que han presentado cada uno de los EAGI: el más frecuente fue la dispepsia y dolor abdominal (21,8%) seguido de reflujo gastroesofágico (4,7%). Del total de EAGI, el 83,8% está relacionado con AINE, y afecta a un

22% del total de pacientes en tratamiento con estos fármacos. Este porcentaje varía según el efecto adverso, así el AINE es el causante de más del 88% de la dispepsia, dolor abdominal y reflujo gastroesofágico, de las 3 úlceras gastroduodenales y de 4 de los 5 casos de melena.

Tratamiento gastrointestinal

De los 864 pacientes tratados con AINE, el 53% (IC del 95%, 49,6-56,4) recibió también medicación GI que, en el 73% de los casos, estaba indicada de manera preventiva y en el 23,5% como tratamiento de los EAGI (tabla 4). Los fármacos GI más frecuentes fueron los antagonistas de los receptores H2 (Anti-H2) y los inhibidores de la bomba de protones (IBP). Dentro de los Anti-H2 los más utilizados fueron la ranitidina (el 23,6% de los fármacos GI prescritos) y la famotidina (7,8%); de los IBP, el omeprazol (28%); de los alcalinos, el amalgato (15%); el acexamato de cinc constituye el 8,3%, y el misoprostol el 5,3%. Si definimos a los pacientes con alto riesgo para desarrollar complicaciones GI como aquellos que presentan alguna de las siguientes características: ser mayor de 65 años, tener antecedentes de EAGI graves, tomar dos AINE de manera simultánea o presentar enfermedad cardiovascular, observamos que sólo un 53% realmente recibió fármacos GI, mientras que en más de un 25% de los pacientes que los recibieron no estaban indicados.

Otros tratamientos para la artrosis

Además de estos dos grupos terapéuticos, los analgésicos también son un grupo de fármacos muy usados en esta enfermedad. El 65% (IC del 95%,

TABLA 4. Tratamientos concomitantes

Gastrointestinales			Analgésicos		
N.º tratamientos	n	Porcentaje (%)	N.º tratamientos	n	Porcentaje (%)
Ninguno	406	47,1	Ninguno	314	35
Uno	351	40,6	Uno	438	48,8
Dos	105	12,2	Dos	111	12,4
Tres	2	0,2	Tres	24	2,7
Más de tres	10	1,1			
Tipo			Tipo		
Anti-H2	190	33,5	Paracetamol	475	61,1
IBP	192	33,9	Paracetamol + codeína	99	12,7
Alcalinos	85	15	Metamizol magnésico	100	12,9
Acexamato de cinc	47	8,3	Otros	104	13,4
Misoprostol	30	5,3	Total	778	
Otros	23	4,1			
Total	567				
Motivo de prescripción					
Prevención EAGI	414	73			
Tratamiento síntomas GI	133	23,5			
El paciente lo tomaba	57	10,1			
Otro motivo	12	2,1			

EAGI: efectos adversos gastrointestinales.

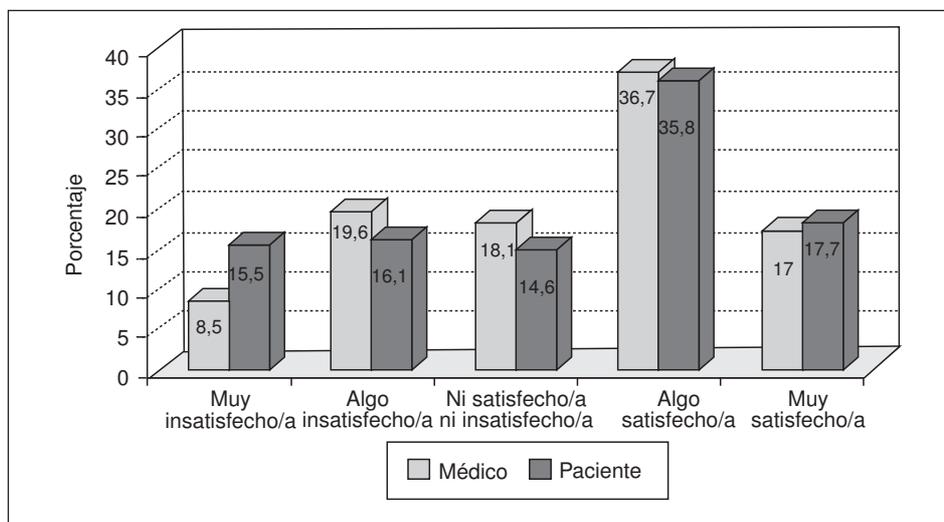


Figura 1. Grado de satisfacción con el tratamiento para la artrosis recibido en los 6 meses previos a la inclusión en el estudio. Datos de los pacientes y de los médicos prescriptores.

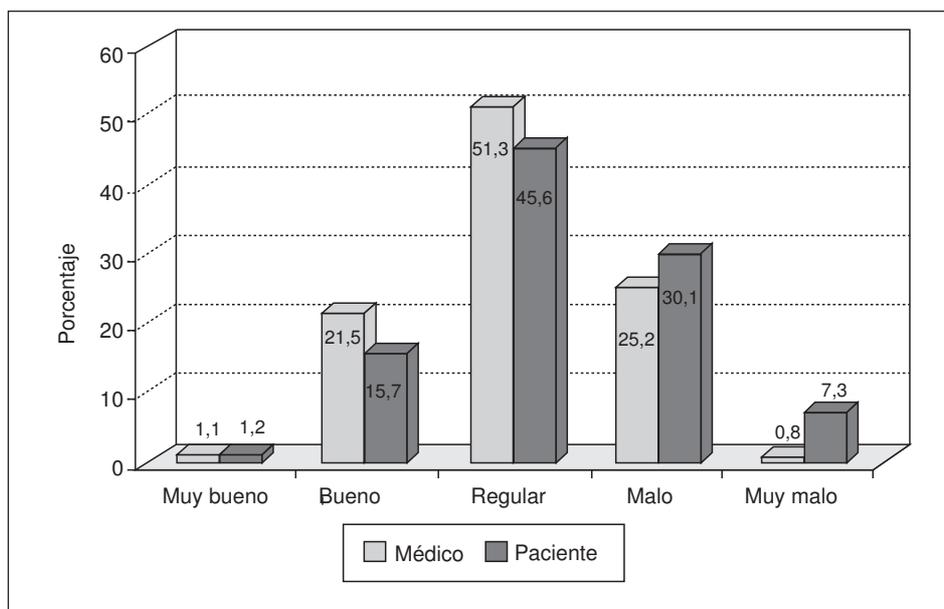


Figura 2. Valoración del estado de salud global del paciente en el momento de la inclusión en el estudio. Datos de los pacientes y de los médicos prescriptores.

61,7-68,1) de los pacientes recibió algún tratamiento con analgésicos, y el paracetamol el más consumido (61%) (tabla 4).

Por último, el 23,4% (IC del 95%, 20,7-26,3) de los pacientes recibió otros tratamientos para la artrosis: termoterapia (3,1%), electroterapia (3,7%), infiltraciones de corticoides (8,6%), infiltraciones de hialurónico (0,6%), capsicina (0,2%) y glucosamina (8,8%).

Grado de satisfacción con el tratamiento recibido para la artrosis

Los datos relativos a satisfacción global con el tratamiento de la artrosis demuestran que más del 46% de los médicos y pacientes del estudio no están sa-

tisfechos con el tratamiento prescrito (fig. 1). El porcentaje de pacientes que estaban muy insatisfechos con el tratamiento recibido es el doble del observado entre los médicos (el 15,5 frente al 8,5%, respectivamente).

Valoración del estado de salud global

En la figura 2 se presentan los datos relativos a la valoración del estado de salud global del paciente: el 83% de los pacientes y el 77,4% de los médicos opinan que el estado de salud de los pacientes no es bueno. La percepción de un estado de salud malo o muy malo es mayor en los pacientes que la manifestada por los médicos (el 37,4 frente al 26%, respectivamente).

Discusión

El presente estudio, realizado en un entorno de práctica asistencial cotidiana, proporciona una visión general sobre el tratamiento del paciente con artrosis sintomática que precisa AINE en atención primaria. Los pacientes incluidos se caracterizan por su edad muy avanzada y por el predominio de mujeres, datos que se corresponden con otros estudios de prevalencia¹⁶. Un elevado porcentaje de la población del estudio presenta antecedentes de alteraciones GI, lo que incrementa el riesgo de sufrir efectos adversos graves en relación con el consumo de AINE.

Los AINE más prescritos fueron diclofenaco, aceclofenaco y piroxicam. Aunque en otros estudios el más usado es el aceclofenaco¹⁴, nuestros datos coinciden con la mayoría de estudios de consumo de AINE^{17,18}, y con los datos de ventas a escala nacional¹⁹ y los de consumo del Sistema Nacional de Salud (SNS)²⁰. Aunque el mayor porcentaje de AINE prescritos corresponde a fármacos de gastrolesividad media, el 14,5% de las prescripciones corresponde a piroxicam, a pesar de que numerosos trabajos coinciden en clasificarlo como un AINE de alto riesgo por su poder gastrolesivo^{21,22}.

La comparación de los datos de prevalencia de EAGI por AINE es difícil ya que existen numerosos factores que la condicionan: dosis y tiempo de tratamiento, población estudiada y criterios diagnósticos que definen cada efecto adverso. Nuestros datos de prevalencia de EAGI se corresponden con los ya publicados, en los que se estima que entre el 20-30% de los pacientes que consumen AINE presentan algún efecto secundario²³ y que 7,3 de cada 1.000 pacientes artrósicos en tratamiento con AINE presentan una complicación GI¹².

Para prevenir estos efectos adversos, cada vez es más común prescribir AINE asociados con fármacos presumiblemente gastroprotectores. El porcentaje de coprescripción AINE-fármaco GI hallado en nuestra población de estudio es muy elevado (51%) y está en concordancia con la tendencia evidenciada en una encuesta efectuada entre médicos de atención primaria y atención especializada en la que el 53% de los médicos españoles referían utilizar tal asociación¹⁵. Otros estudios han mostrado un menor porcentaje de prescripción de fármacos GI comparado con el hallado en el nuestro, quizá debido, por una parte, a que la edad media de esta población era menor que la de nuestros pacientes y, por otra, a que se haya producido un incremento de la coprescripción de ambos fármacos desde la realización de este estudio¹⁴. El uso de medicación GI tiene como finalidad, en la mayoría de los casos, la prevención de efectos adversos. El porcentaje de los distintos fármacos GI prescritos es semejante al encontrado en otros estudios¹⁵ y coincide con los datos de IMS¹⁹ y del SNS²⁰: se observa un uso mayoritario de anti-H2 (fundamentalmente ranitidina),

IBP (omeprazol en primer lugar) y alcalinos. El porcentaje del resto de los fármacos (misoprostol, acecamato de cinc) es bajo.

Hay que resaltar la alta tasa de prescripción de fármacos GI a pesar de que en la mayoría no se ha demostrado su eficacia en la prevención de EAGI graves asociados al consumo de AINE¹³. En la revisión realizada por Lanás et al concluyen que algunos fármacos antiseoretos son efectivos en la prevención de úlcera gástrica y duodenal endoscópicas, sobre todo el omeprazol, mientras que los fármacos anti-H2 a dosis habituales no muestran protección para úlcera gástrica o duodenal. Aunque el misoprostol ha demostrado ser eficaz, tanto en la profilaxis de úlcera gástrica y duodenal endoscópica como en sus complicaciones, puede presentar efectos secundarios hasta en el 20% de los casos por lo que su uso no está tan extendido^{9,24}.

En publicaciones previas se han descrito numerosos factores predictivos de desarrollo de complicaciones graves asociadas a AINE, definiendo un perfil de paciente de alto riesgo que debería recibir protectores gástricos asociados al tratamiento con AINE. Entre los factores de riesgo descritos están el tener antecedentes de EAGI graves, edad superior a los 60-65 años, tratamiento conjunto con varios AINE, utilización de corticoides, polimedicación y presentar patología concomitante^{9-11,14,24,25}. Aunque la mayoría de estos factores de riesgo están aceptados no existe acuerdo en torno a cuáles son los criterios mínimos de riesgo que debe reunir un paciente para administrarle fármacos GI y tampoco existen protocolos de actuación consensuados¹⁵. Como consecuencia de esto, en los estudios realizados en España sobre coprescripción AINE-fármaco GI, se observa que no se prescribe medicación GI a todos los pacientes que debieran recibirla y sólo en un pequeño porcentaje de pacientes que la recibe está indicada^{14,26}. La coprescripción poco adecuada de fármacos GI supone un aumento innecesario del gasto farmacéutico; por el contrario, no incluir en la pauta terapéutica a pacientes de alto riesgo supone aumentar la probabilidad de que ocurra un EAGI grave²⁷⁻²⁸.

En enfermedades crónicas como la artrosis, en las que se requieren tratamientos prolongados, y en aquellos casos en los que el tratamiento produce efectos adversos, es crucial conocer el grado de satisfacción del paciente y del médico con el tratamiento prescrito porque se relaciona de manera directa con su cumplimiento y efectividad. En nuestro estudio, un elevado porcentaje de los médicos y pacientes no está satisfecho con el tratamiento, y el estado de salud global del paciente se considera que no es bueno tanto desde el punto de vista del médico como del propio paciente.

Aunque debemos tener en cuenta que los estudios retrospectivos dependen mucho de la calidad de los datos recogidos en la historia y de la presencia

de sesgos de memoria, estos datos señalan la existencia de una importante e ineficiente utilización de recursos en estos pacientes, así como la necesidad de nuevas aproximaciones terapéuticas que eleven la percepción de la salud y el grado de satisfacción de los pacientes.

Agradecimientos

A la compañía Merck Sharp and Dohme España que, con su patrocinio, contribuyó a la realización de este estudio.

Grupo de estudio VICOXX, en orden alfabético:

A. Abanto, F.M. Adán, J.M. Aiarzagüena, S. Ajuria Gogea-coa, M.D. Alcalá, J.F. Alonso, R. Alonso, R.F. Alonso, E. Antón, J. Antón, F. Arias, A. Arranz, P. Avellanedo, L. Barroeta, T.F.J. Barrón, J. Benavent, A. Bernal, J.A. Blanco, I. Blánez, M. Borge, A. Borrego, J.C. Bravo, P. Cabrera, F.J. Campos, J.J. Cánovas, A. Carbonero, J.J. Casado, I. Casas, A. Cascón, B. Celotli, M.J. Codes, V. Compaire, A. Culebras, P.R. Cuñarro, M. de la Cruz, E. de la Figuera, F.J. del Río, M.A. Díaz, A. Domínguez, F. Domínguez, C.J. Escobar, A. Fernández, A. Fernández, C. Fernández, E. Fernández, E.F. Fernández, M.S. Fernández, J. Ferriols, L. Fransi, X. Frías, C. Gago, E. García, J. García, L. García, S. García, T. García, J.A. García-Galbís, M. Gavagnach, P. Gea, M.F. Gil, A. Gómez, J.E. Gómez, N. Gómez, D. Gómez-Calcerrada, B. González, F. González, M. González, Y. Granja, A. Grilo, A. Gutiérrez, A. Gutiérrez, M.P. Hazaña, J. Fernández, J.M. Irizar, F. Iza, V. Izco, M.I. Jaudenes, F. Larrañaiga, T. Leal, J.M. Luque, M. Llordés, A. Marín, P. Mariño, F. Marmesat, E. Márquez, F.J. Martínez, J. Martínez, J.J. Martínez, J.L. Martínez, J.M. Martínez, C.J. Mateos, J. Méndez, A.M. Merino, J.A. Montii, P. Montoya, C. Mora, M.A. Moreno, M.T. Mur, J. Murciano, M. Nieto, J. Nova, J.M. Orive, P. Orriach, R. Pazos, J.E. Pedrero, R. Peiro, M.C. Perea, A. Pereira, J.A. Pérez, B. Pidal, H. Pintado, F.M. Poyatos, M. Pujol, M.V. Rabell, M. Recio, M.J. Recio, F. Rico, I. Rivera, L. Rodríguez-Arbolea, A. Rodríguez, Z. Rodríguez, A. Romero, M.C. Sala, J. San Marcos, M. Sánchez, J.E. Santiago, L. Santiago, E. Santos, J.J. Sayago, L. Sebastián, R. Sebastián, A. Serrano, I. Sierra, C. Simal, M.J. Torres, E. Toural, M.T. Troitiño, M. Turégano, J. Ucha, L. Uribe, Y. Valpuesta, I. Vázquez, J. Vergara, J. Zambrana, L.M. Zorita-Viota.

Bibliografía

1. Cavero Romero C. Valoración de las incapacidades en el Sistema Sanitario Español. Valladolid: Secretaría de Publicaciones Universidad de Valladolid, 1995 (Series Medicina n.º 33).
2. Tomero J, Rodríguez U, Massip M, Vidal J, Fernández-Echevarría JA. La enfermedad reumática como causa de incapacidad laboral permanente en España. *Rev Esp Reumatol* 1992; 19:294-7.
3. Páez-Camino M, Millán J, Senra A. Contribución al estudio de la epidemiología de las enfermedades reumáticas en nuestro medio y su repercusión laboral. *An Med Intern* 1990;7:627-30.
4. Murray CJL, López AD. The global burden of disease. Geneva: World Health Organization, 1997.
5. Batlle-Gualda E, Jovani Casado V, Iborra Cortés J, Pascual Gómez E. Las enfermedades del aparato locomotor en España. Magnitud y recursos humanos especializados. *Rev Esp Reumatol* 1998;25:91-105.
6. Ballina García FJ, Martín Lascuevas P, Hernández Mejía R, Cuelto Espinar A. Epidemiología de las enfermedades reumáticas en el Principado de Asturias. *Aten Primaria* 1993;11: 219-24.

7. Paulino Tevar J, Pinedo Sánchez A, Wong Fox C, Crespo Crespo D. Estudio general de la frecuencia de las enfermedades reumáticas en una población determinada con fines epidemiológicos. *Rev Esp Reumatol* 1982;9:1-8.
8. Carmona L. Artrosis. En: Sociedad Española de Reumatología, editores. Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Madrid, 2001; p. 61-75.
9. Wolfe MML, Lichtenstein DR, Singh G. Gastrointestinal toxicity of nonsteroidal antiinflammatory drugs. *N Engl J Med* 1999;340:1888-99.
10. Prieto Yerro C, Vargas Castrillón E. Problemas de uso de los AINE en pacientes con patología crónica asociada. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2000;24:85-91.
11. Gabriel S, Jaakkimainen L, Bombardier C. Risk for serious gastrointestinal complications related to use on nonsteroidal anti-inflammatory drugs. A meta-analysis. *Ann Intern Med* 1991;115:787-96.
12. Singh G, Triadafilopoulou G. Epidemiology of NSAID induced gastrointestinal complications. *J Rheumatol* 1999;26 (Suppl 56):18-24.
13. Lanás A, Arroyo MT. Fármacos antiseoretos y profilaxis de los efectos secundarios gastrointestinales graves asociados al consumo de antiinflamatorios no esteroideos. *Med Clin (Barc)* 2000;114(Suppl):57-62.
14. Burrull M, Madrudejos R, Gregori A, Busquets E. Antiinflamatorios no esteroideos y protección gastrointestinal: ¿prescripción adecuada en atención primaria? *Aten Prim* 1996;18:507-10.
15. Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief. Libro Blanco. Problemática de la gastroprotección frente a factores agresivos en España. Laboratorios Robert. NILO Industria Gráfica S.A., Madrid: 1997.
16. Espallargues M, Alonso J, Ruigómez Anto JM. Alteraciones osteoarticulares en la vejez: aproximación a su impacto poblacional. *Med Clin (Barc)* 1996;106:617-8.
17. Adams EH, Hunter TS, Williams T. New options in the Treatment of Arthritis. *J Managed Care Pharm* 1999;5:414-9.
18. Moreno Brea MR, Morales Serna JC, Ignacio García JM. Evolución del consumo de antiinflamatorios no esteroideos en el distrito de atención primaria de Jerez (Cádiz). *Atención Farmacéutica* 1999;1:345-56.
19. Alonso Alonso C, Alonso Calo L, Candas Villar A, Fernández C, Hevia Rodríguez E, Turiel Lobo P. Estudio de utilización de antiinflamatorios no esteroideos. *Aten Primaria* 1996; 18(Suppl 1):360.
20. IMS. International Marketing Services, 2001.
21. Grupos terapéuticos y principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud durante 1999. *Inf Ter Sis Nac Salud* 2000;24:73-6.
22. Savage RL, Moler PW, Ballantyne CL, Wells JE. Variation in the risk of peptic ulcer complications with nonsteroidal antiinflammatory drug therapy. *Arthritis Rheum* 1993;36:84-90.
23. García Rodríguez LA, Jick H. Risk of upper gastrointestinal bleeding and perforation associated with individual non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Lancet* 1994;343:769-72.
24. Butt JH, Barthel JS, Moore RA. Clinical spectrum of the upper gastrointestinal effects of nonsteroidal antiinflammatory drugs. *Am J Med* 1988;84:5-14.
25. Silverstein FE, Graham DY, Senior JR, Davies HW, Struthers BJ, Bittman RM, et al. Misoprostol reduces serious gastrointestinal complications in patients with rheumatoid arthritis receiving nonsteroidal anti-inflammatory drugs. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ann Intern Med* 1995; 123:241-249.
26. Soriano Izquierdo A, Bessa Caserras X, Sans Cuffi MI, Elizalde Frez JI. Toxicidad gastrointestinal por antiinflamatorios no esteroideos. *Medicine* 2000;8:9-18.
27. Ertivi J. Estudio multicéntrico prescripción-indicación de antiácidos y antiulcerosos en atención primaria. *Aten Primaria* 1999;24:134-9.
28. Lanás A. Impacto económico de los efectos secundarios gastrointestinales asociados a antiinflamatorios no esteroideos en el Servicio Nacional de Salud. *Med Clin (Barc)* 2000;114 (Suppl 3):46-53.