

VII
Edició

ACTUALITZACIÓ EN PATOLOGIA DIGESTIVA

Dimecres, 12 de juny de 2019



Fundació
Docència i Recerca
Mútua Terrassa

Prevenció i tractament de les lesions per AINE al tracte digestiu superior

Pilar García Iglesias

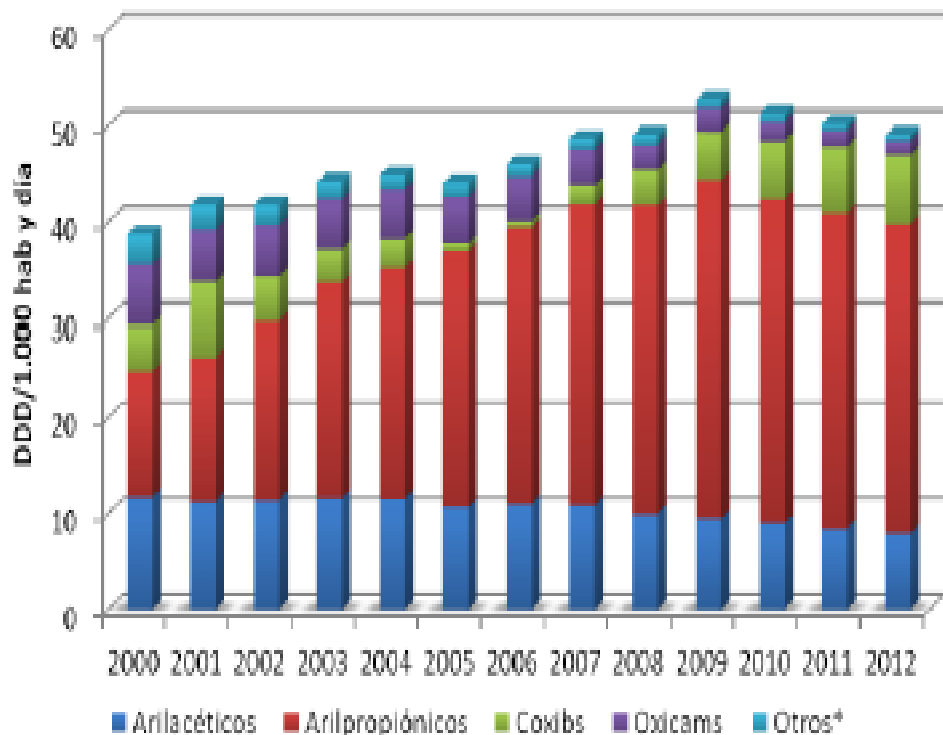
Gastroenterologia . Parc Tauli. Sabadell



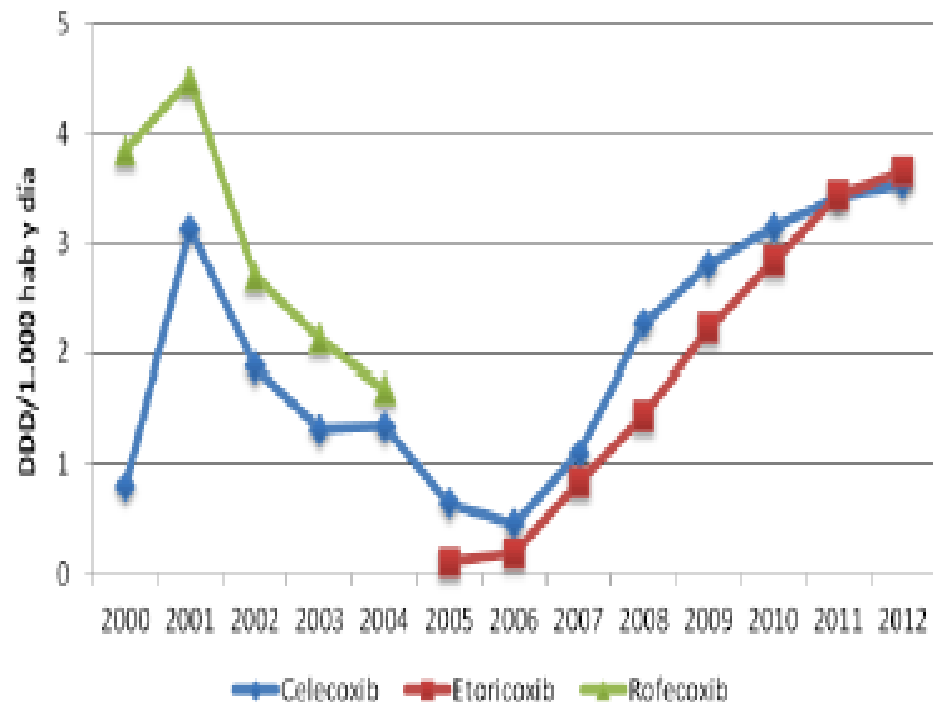
Si tu única herramienta es un martillo, tiendes a tratar cada problema como si fuera un clavo

(Abraham Maslow)

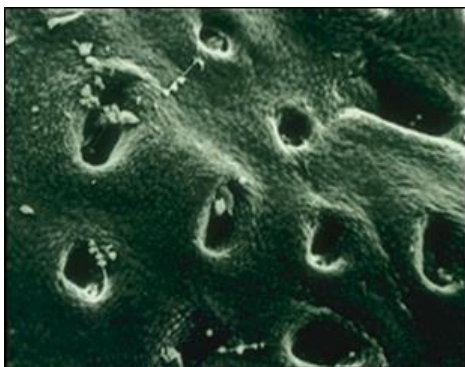
Consumo de AINE



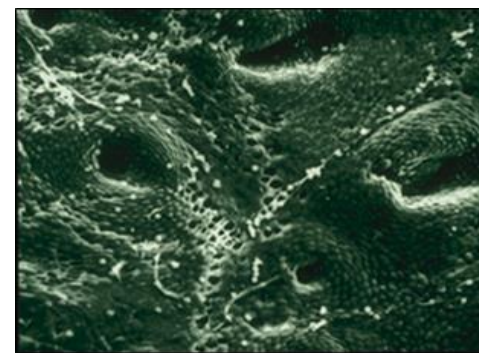
Consumo de COXIBS



600.000 -1.000.000 euros para evitar una hemorragia digestiva alta



Informe de la utilización de medicamentos
MSC . AINE en España 2000-2012





Evaluación INDIVIDUALIZADA del perfil del riesgo GI y CV

**Elección del AINE
“ideal”
A la dosis menor y
menor tiempo
posible**



**GASTRO
PROTECCION**

1

**Riesgo gastrointestinal
y
riesgo cardiovascular
de los AINE**





RIESGO GASTROINTESTINAL

AINE	RR (IC 95%)
Naproxeno	4,10 (3,22 - 5,23)
Ibuprofeno	1,84 (1,54 - 2,00)
Diclofenaco	3,34 (2,79 - 3,99)
Indometacina	4,14 (2,91 - 5,90)
Celecoxib	1,45 (1,17 - 1,81)
Etoricoxib	2,32 (1,89 - 2,86)

ETORICOXIB

2,3

CELEBREX

1,4

NAPROXENO

4,1

DICLOFENAC

3,3

IBUPROFENO

1,8

Castellsague, et al. *Drug Saf*, (2012)

RIESGO CARDIOVASCULAR



AINE	McGettigan 2011 RR IC95%	Varas Lorenzo 2013 RR IC95%
Naproxeno	1,09 (1,02-1,16)	1,06 (0,94-1,20)
Ibuprofeno	1,18 (1,11-1,25) Dosis altas 1,78 (1,35-2,34) Dosis bajas 1,05 (0,96-1,15)	1,14 (0,98-1,31)
Diclofenaco	1,40 (1,27-1,55) Dosis altas 1,98 (1,40-2,82) Dosis bajas 1,22 (1,12-1,33)	1,38 (1,26-1,52)
Celecoxib	1,17 (1,08-1,27)	1,12 (1,00-1,24)
Etoricoxib	2,05 (1,45-2,88)	1,97 (1,35-2,89)

ETORICOXIB

2

CELEBREX

1,15

DICLOFENAC

1,40

IBUPROFENO

1,20

NAPROXENO

1,05

2

Factores de riesgo para complicaciones gastrointestinales y cardiovasculares



Factores de riesgo gastrointestinal

- ✓ Hª de enfermedad ulcerosa
- ✓ Edad >65 años
- ✓ Antiagregación
- ✓ Anticoagulación
- ✓ AINE
- ✓ Corticoides sistémicos
- ✓ ISRS
- ✓ *H Pylori*



1. **BAJO** : sin factores de riesgo.
 2. **INTERMEDIO** : 1 ó 2 factores de riesgo
 3. **ALTO** : > 2 factores de riesgo o Hª de úlcera o uso de anticoagulantes
- Se debe **investigar la presencia de Hp**, y si la infección está presente → erradicación

Factores de riesgo cardiovascular

1. **BAJO** : sin factores de riesgo.
2. **ALTO** : consumidores de AAS (por avc ,
vasculopatia periferica, cardiopatia isquemica).
Factor de riesgo elevado: fumador, colesterol, HTA



Lanza et al . AJG 2009
Lanas et al Reumatologia 2013

	RIESGO ALTO GI	RIESGO INTERMEDIO GI	RIESGO BAJO GI
RIESGO ALTO CV	Naproxeno + IBP o dosis bajas celecoxib + IBP	Naproxeno + IBP o dosis bajas celecoxib + IBP	Naproxeno o dosis bajas celecoxib
	AAS: dosis bajas celecoxib + IBP	AAS: dosis bajas celecoxib + IBP	
RIESGO BAJO CV	celecoxib + IBP	AINE + IBP	AINE

Enteropatía y colopatía por AINE.

- Proporción complicaciones altas vs bajas:
1996: 4,1 → 2005: 1,4.
- Manifestación más frecuente anemia ferropénica.
- Los IBP no protegen.
- Celecoxib tiene un riesgo inferior.

Scarpignato C, *et al.* Safe prescribing of non-steroidal antiinflammatory drugs in patients with osteoarthritis – an expert consensus addressing benefits as well as gastrointestinal and cardiovascular risks. *BMC Medicine*, 13(1), 55 (2015).

3

Caso Clínico

Caso clínico

Paciente de 38 años sin alergias.

Dispepsia no investigada a los 30 años con erradicación de *H. Pylori* .
Comprobación posterior negativa.

Tras batalla en Hoth.


Fractura femoral derecha y
de 3 costillas.

¿ Precisa gastroprotección ?

¿Cuál es el AINE más indicado?



¿PRECISA GASTROPROTECCION?

	Tto agudo AINE	
	Sin factores de riesgo	Historia previa de complicación ulcerosa
< 65 años		Asociar IBP
> 65 años	Asociar IBP	

NO PRECISA IBP

¿ CUÁL ES EL AINE MÁS INDICADO ?

	RIESGO ALTO GI	RIESGO INTERMEDIO GI	RIESGO BAJO GI
RIESGO ALTO CV	Naproxeno + BP o dosis bajas celecoxib + BP	Naproxeno + BP o dosis bajas celecoxib + BP	Naproxeno o dosis bajas celecoxib
	AAS: dosis bajas celecoxib + BP	AAS: dosis bajas celecoxib + BP	
RIESGO BAJO CV	celecoxib + BP	AINE + BP	AINE

Caso clínico

A las 3 semanas presenta edema en EEII.

Eco doppler : TVP EEII derecha .

Se inicia tratamiento con Rivaroxaban 3 meses.

Estudio trombofilia negativo

¿ Precisa gastroprotección ?

¿Cuál es el AINE más indicado?

**¿ Tras finalizar anticoagulación
precisa gastroprotección?**




¿PRECISA GASTROPROTECCION?

Tratamiento con ANTICOAGULANTES	
> 65 años	Asociar IBP
Historia previa de complicación ulcerosa	
Tto concomitan te	

¿ CUÁL ES EL AINE MÁS INDICADO ?

	RIESGO ALTO GI	RIESGO INTERMEDIO GI	RIESGO BAJO GI
RIESGO ALTO CV	Naproxeno o dosis bajas celecoxib + BP	Naproxeno o dosis bajas celecoxib + BP	Naproxeno o dosis bajas celecoxib
	AAS: dosis bajas celecoxib + BP	AAS: dosis bajas celecoxib + BP	
RIESGO BAJO CV	celecoxib + BP	AINE + BP	AINE

¿ Tras finalizar anticoagulación precisa gastroprotección?

	Tto agudo AINE	
	Sin factores de riesgo	Historia previa de complicación ulcerosa
< 65 años		Asociar IBP
> 65 años	Asociar IBP	

NO PRECISA IBP

Caso clínico

45 años. No otros antecedentes.

Batalla de Endor.


Traumatismo craneal simple.



¿ Precisa gastroprotección ?

¿Cuál es el AINE más indicado?

¿PRECISA GASTROPROTECCION?

	Tto agudo AINE	
	Sin factores de riesgo	Historia previa de complicación ulcerosa
< 65 años		Asociar IBP
> 65 años	Asociar IBP	

NO PRECISA IBP

¿ CUÁL ES EL AINE MÁS INDICADO ?

	RIESGO ALTO GI	RIESGO INTERMEDIO GI	RIESGO BAJO GI
RIESGO ALTO CV	Naproxeno + BP o dosis bajas celecoxib + BP	Naproxeno + BP o dosis bajas celecoxib + BP	Naproxeno o dosis bajas celecoxib
	AAS: dosis bajas celecoxib + BP	AAS: dosis bajas celecoxib + BP	
RIESGO BAJO CV	celecoxib + BP	AINE + BP	AINE

Caso clínico

60 años

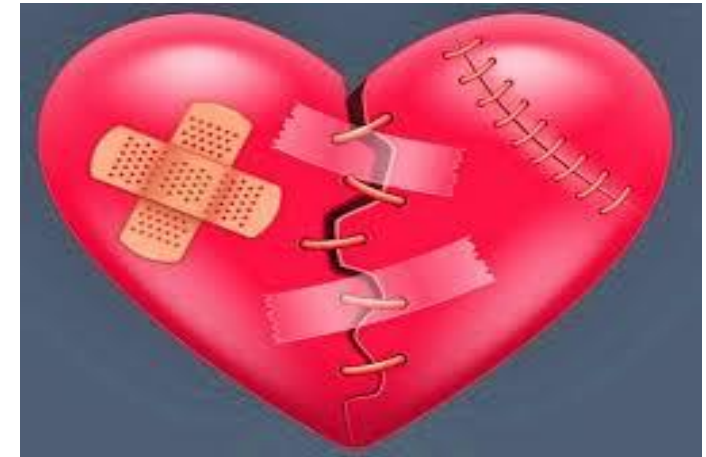
Cardiopatía isquémica con
revascularización e inserción de doble
stent farmacoactivo.

Se inicia doble antiagregación (AAS +
ticagrelor)





¿ Precisa gastroprotección ?

Lumbalgias ocasionales.

¿Cuál es el AINE más indicado?



¿PRECISA GASTROPROTECCION?

Tratamiento con AAS ANTIAGREGANTES		
< 65 años	Sin factores de riesgo	
Historia previa de complicación ulcerosa	Tto concomitante AINE	 Asociar  IBP 
AAS + Clopidogrel		
Tto concomitante ANTICOAGULANTE		

¿ CUÁL ES EL AINE MÁS INDICADO ?

	RIESGO ALTO GI	RIESGO INTERMEDIO GI	RIESGO BAJO GI
RIESGO ALTO CV	Naproxeno + BP o dosis bajas celecoxib + BP	Naproxeno + BP o dosis bajas celecoxib + BP	Naproxeno o dosis bajas celecoxib
	AAS: dosis bajas celecoxib + BP	AAS: dosis bajas celecoxib + BP	
RIESGO BAJO CV	celecoxib + BP	AINE + BP	AINE

Caso clínico

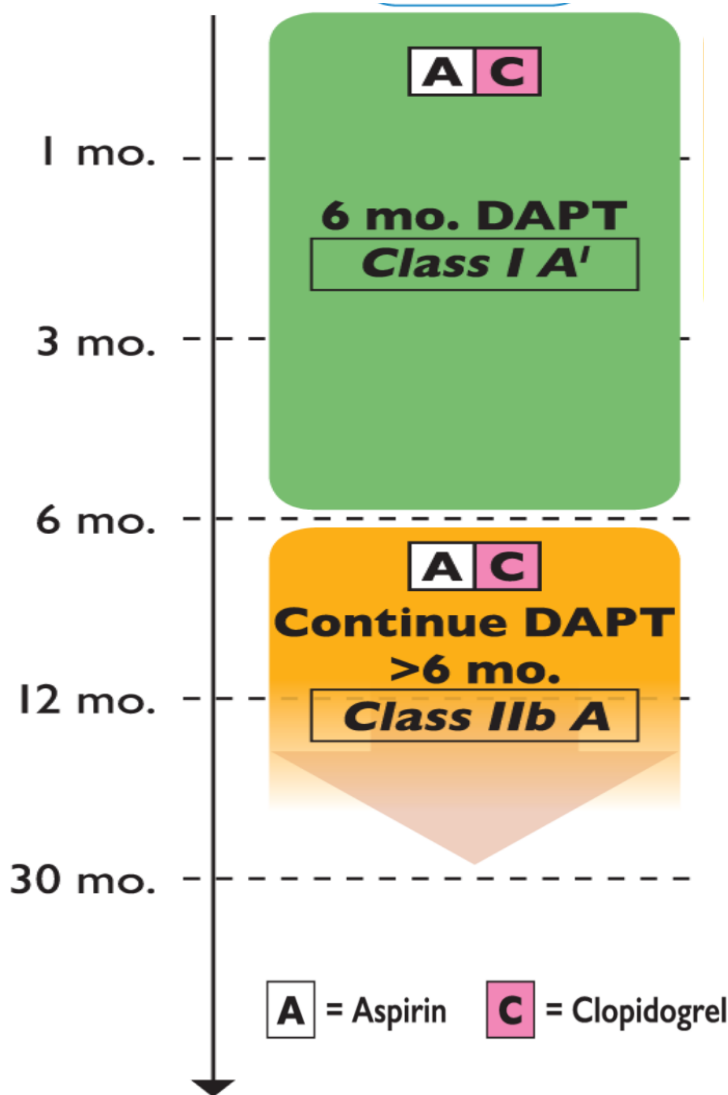
A los 6 meses HDA por ulcus duodenal.
Esclerosis endoscópica.
Transfusión 3 concentrados.



¿ Que hacemos con la antiagregación?
¿ Precisa gastroprotección ?
¿Cuál es el AINE más indicado?



¿QUÉ HACEMOS CON LA ANTIAGREGACIÓN ?



Pacientes con cardiopatía
isquémica estable

STOP TICAGRELOR

SE MANTIENE AAS

2017 ESC focused update on dual antiplatelet therapy in coronary artery disease developed in collaboration with EACTS The Task Force for dual antiplatelet therapy in coronary artery disease of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) Eur Heart J. 2017;39(3):213-260.

¿PRECISA GASTROPROTECCION?

Tratamiento con AAS ANTIAGREGANTES		
< 65 años	Sin factores de riesgo	
Historia previa de complicación ulcerosa		 Asociar IBP
Tto concomitante AINE		
AAS + Clopidogrel		
Tto concomitante ANTICOAGULANTE		

¿ CUÁL ES EL AINE MÁS INDICADO ?

	RIESGO ALTO	RIESGO INTERMEDIO	RIESGO BAJO
RIESGO ALTO	Naproxeno o dosis bajas celecoxib +BP	Naproxeno o dosis bajas celecoxib +BP	Naproxeno o dosis bajas celecoxib
	AAS: dosis bajas celecoxib +BP	AAS: dosis bajas celecoxib +BP	
RIESGO BAJO	celecoxib +BP	AINE +BP	AINE

Caso clínico

Ascenso a guardia pretoriana de élite
Muerte Lider supremo. Se retira.

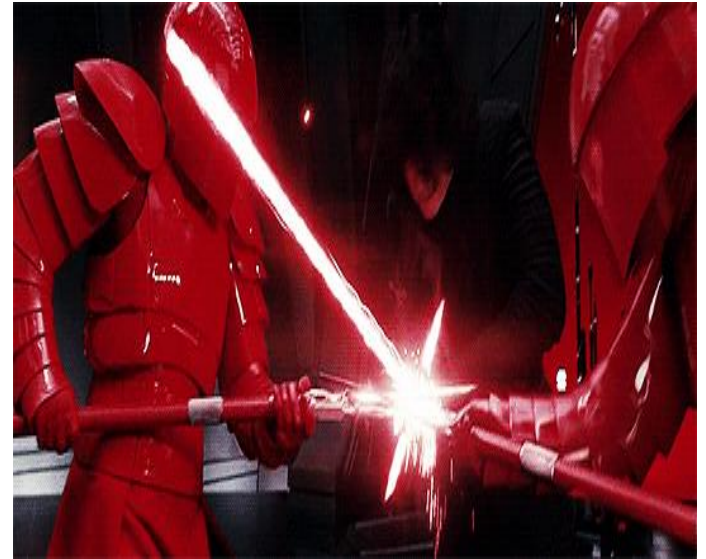
80 años. HTA , DM

ACxFA inicio Dabigatran 150 mg /12 h

Se mantiene AAS.

Artrosis generalizada

A los 6 meses HDB por diverticulos .



¿ Que hacemos con la antiagregación /anticoagulación?

¿ Precisa gastroprotección ?

¿Cuál es el AINE más indicado?

¿QUÉ HACEMOS CON LA ANTICOAGULACION ?

HAS - BLED	Riesgo Hemorrhg
H ypertension	1
A bnormal Liver/Renal	1 cada uno
S troke	1
B leeding	1
L abile INR	1
E lderly (≥ 65)	1
D rugs or enol	1 cada uno
PUNTUACION MAXIMA	9 PUNTOS

CHA2DS2-VASc	
C ongestive heart failure	1
H ypertension	1
A ged ≥ 75 years	2
D iabetes	1
S troke/TIA/TE	2
V ascular diseases (prior MI; PAD or aortic plaque)	1
A ged 65-74 years	1
S ex category (female)	1
PUNTUACIÓN MÁXIMA	9

ALTO RIESGO HEMORRAGIA 4

ALTO RIESGO TROMBOEMBÓLICO 5

MANTENER ANTICOAGULACION

¿QUÉ HACEMOS CON LA ANTICOAGULACION ?



Prevention

Choosing a particular oral anticoagulant and dose for stroke prevention in individual patients with non-valvular atrial fibrillation: part 2

Patients with a high risk of gastrointestinal bleeding

First choice	For patients with a high risk of gastrointestinal bleeding, apixaban 5 mg twice daily or dabigatran 110 mg twice daily may be used
Second choice	Dabigatran 150 mg twice daily, edoxaban 60 mg once daily, or rivaroxaban 20 mg once daily

Comments

Gastrointestinal bleeding, even in the setting of anticoagulation, does usually not cause death or permanent major disability. Thus, the choice of OAC should be driven mainly by stroke prevention considerations.

The label high risk of gastrointestinal bleeding is imprecise. For example, patients with *H. pylori*-related ulcer haemorrhage may no longer be at high risk of bleeding once the infection has been eradicated.

The gastrointestinal bleeding risk associated with any anticoagulant is increased by concurrent use of antiplatelet agents, including aspirin.⁴¹

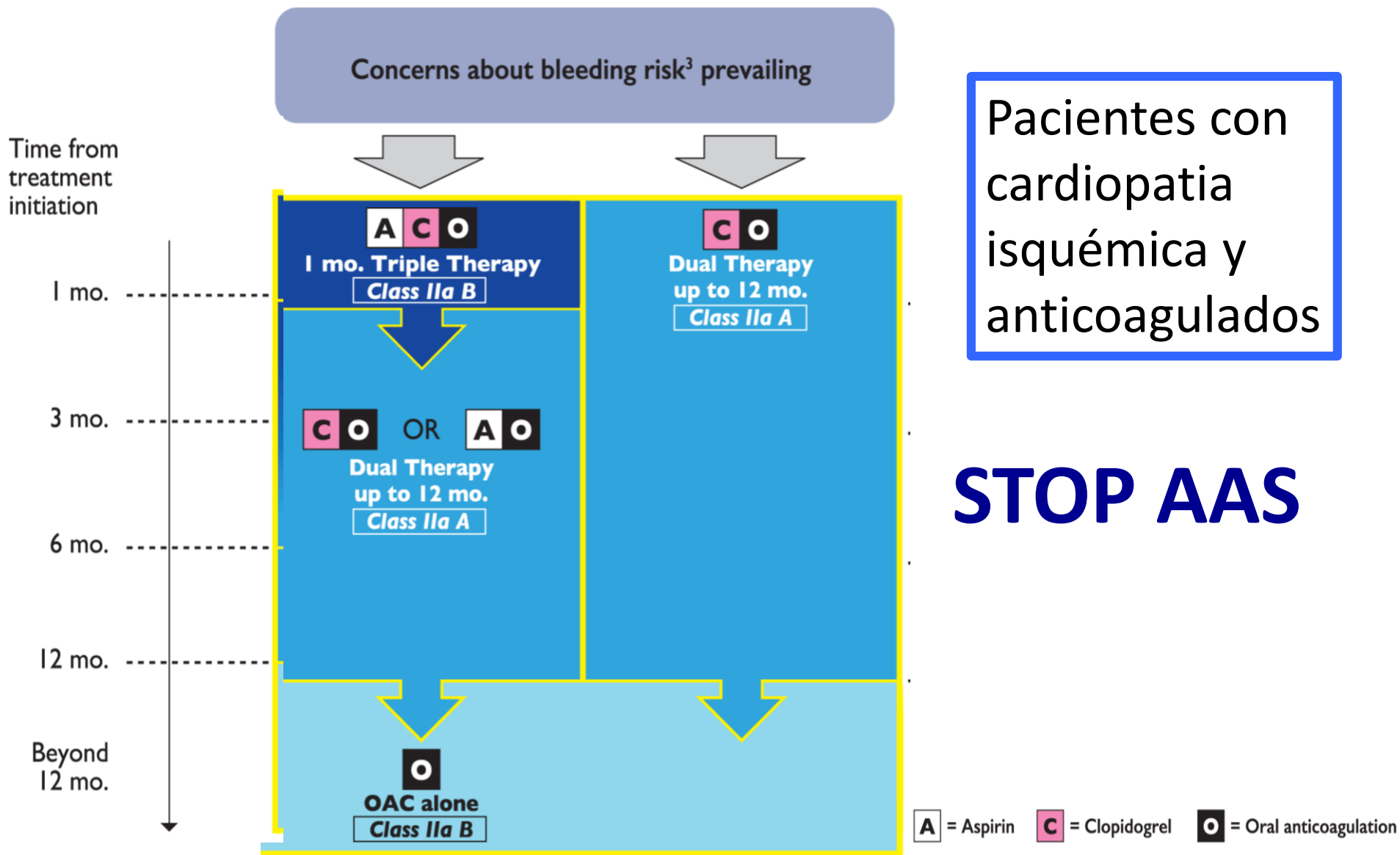
The gastrointestinal bleeding risk of dabigatran and edoxaban are dose-dependent.

The increased gastrointestinal bleeding risk of dabigatran and rivaroxaban are most evident in patients ≥ 75 years old.

Gastrointestinal tract cancer screening and surveillance strategies (e.g. colonoscopy) increase early detection of occult tumours and may thereby reduce the incidence of neoplasm-associated gastrointestinal bleeding in patients receiving OACs.⁴² Age-appropriate colorectal cancer screening should be undertaken prior to initiation of OAC⁴³

APIXABAN 5 MG /12 H O
DABIGATRAN 110 MG /12 H

¿QUÉ HACEMOS CON LA ANTIAGREGACIÓN ?



2017 ESC focused update on dual antiplatelet therapy in coronary artery disease developed in collaboration with EACTS The Task Force for dual antiplatelet therapy in coronary artery disease of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) Eur Heart J. 2017;39(3):213-260.

¿PRECISA GASTROPROTECCION?

Tratamiento con ANTICOAGULANTES	
> 65 años	Asociar IBP
Historia previa de complicación ulcerosa	
Tto concomit ante	
	AAS
	AINE

¿ CUÁL ES EL AINE MÁS INDICADO ?

	RIESGO ALTO GI	RIESGO INTERMEDIO GI	RIESGO BAJO GI
RIESGO ALTO CV	Naproxeno o dosis bajas celecoxib + BP	Naproxeno o dosis bajas celecoxib + BP	Naproxeno o dosis bajas celecoxib
	AAS: dosis bajas celecoxib + BP	AAS: dosis bajas celecoxib + BP	
RIESGO BAJO CV	celecoxib + BP	AINE + BP	AINE

GASTROINTESTINOCOLONOPROTECCIÓN : Clinically significant upper- and lower-GI events (CSULGIEs) composite end point

CELECOXIB

Moore et al. Arthritis Research & Therapy 2013, Patient-level pooled analysis of adjudicated gastrointestinal outcomes in celecoxib clinical trials: meta-analysis of 51,000 patients enrolled in 52 randomized trials

RESUMEN

RIESGO CV

EDAD
OTROS
FÁRMACOS

RIESGO GI

AINE

ANTI
COAGULACION

ANTI
AGREGACIÓN

GASTROPROTECCIÓN
¿“Intestino
coloprotección” ?

HEMORRAGIA AGUDA:
CUANDO PARAR/
CUANDO REINICIAR



