

Aspirina a dosis bajas, protectores gástricos y erradicación de *Helicobacter pylori*

Sr. Editor:

El editorial de Lanas y Ferrández¹ sobre el uso de protectores gástricos en aquellos pacientes en tratamiento con aspirina a baja dosis, que apareció recientemente en las páginas de su Revista, nos ha parecido ciertamente interesante. La importante morbilidad de enfermedades cardiovasculares en las sociedades occidentales, la más que demostrada eficacia de la aspirina en la prevención de eventos coronarios o cerebrovasculares, junto con la experiencia de los autores en este tema hace que el artículo tenga mayor interés si cabe. Sin embargo, quisiéramos hacer algunas apreciaciones a lo señalado en dicho editorial. Pensamos que, a la espera de un mayor número de estudios, debe tenerse en cuenta otros factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones en los pacientes con tratamiento con aspirina además de la presencia de historia previa de enfermedad ulcerosa o hemorragia digestiva, la toma conjunta de antiinflamatorios no esteroides (AINE) y la infección por *Helicobacter pylori*. La edad superior a 60 años y la toma simultánea de corticoides o anticoagulantes deberían considerarse como factores valorables a la hora de añadir un protector de la mucosa gástrica, tal y como se aconseja en pacientes en tratamiento con AINE clásicos².

Por otro lado, si bien estamos de acuerdo en la recomendación del uso de inhibidores de la bomba de protones como terapia preventiva en los pacientes que se encuentran en tratamiento con aspirina de forma crónica, no nos parece adecuado concluir que es recomendable la erradicación de *H. pylori* en dichos pacientes. Los estudios sobre este tema respecto al uso de AINE a dosis habituales son controvertidos, e incluso se sugiere una cierta acción protectora de *H. pylori* sobre la lesión inducida por un AINE. Así, en las recomendaciones de la Conferencia Española de Consenso³ se indica la inconveniencia de erradicar la bacteria en pacientes asintomáticos que toman AINE, e incluso recomienda que si se presenta historia ulcerosa junto con la infección, se debe proteger con un inhibidor de la bomba de protones, pero se esperará a finalizar el consumo de AINE para erradicar la bacteria. Como bien señalan en su editorial, los estudios actuales con respecto al uso de aspirina a baja dosis son pocos, con escaso número de pacientes, cortos períodos de seguimiento, algunos publicados sólo como resúmenes y con resultados contradictorios^{1,4,5}. Son múltiples las preguntas que surgen si aceptamos la recomendación de erradicar *H. pylori* a estos pacientes: ¿tendremos entonces que conocer si un paciente está infectado antes de prescribir aspirina a baja dosis?, ¿sólo lo debemos investigar si tiene antecedente ulceroso?, ¿a qué prueba diagnóstica habría que recurrir: test del aliento, serología frente a la bacteria y/o endoscopia, biopsia y test de la ureasa?, ¿se debe confirmar su erradicación posterior? Por tanto, pensamos que es prematuro y excesivo aconsejar dicha medida existiendo las du-

das actuales y sin haberse establecido a qué pacientes, cómo y cuándo.

José L. Zambrana,
Francisco J. Rodríguez-González
y Jesús Puente

Unidad de Procesos Médicos.
Hospital Alto Guadalquivir. Andújar. Jaén.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lanas A, Ferrández A. ¿Deben administrarse protectores gástricos a los pacientes coronarios que toman dosis bajas de aspirina de forma crónica? Rev Esp Cardiol 2001;45:1361-4.
2. Lanza LL and the members of the *ad hoc* Committee on practice parameters of the American College of Gastroenterology. Am J Gastroenterol 1998;93:2037-46.
3. Sainz R, Borda F, Domínguez E, Gisbert JP y Grupo Conferencia Española de Consenso. Conferencia Española de Consenso sobre la infección por *Helicobacter pylori*. Rev Esp Enferm Dig 1999;91:777-84.
4. Chan FKL, Chung SCS, Suen BY, Lee YT, Leung WK, Leung VKS, et al. Preventing recurrent upper gastrointestinal bleeding in patients with *Helicobacter pylori* infection who are taking low-dose aspirin or naproxen. N Engl J Med 2001;344:967-3.
5. Lai KC, Lam SK, Chu KM, Hui WM, Wong CY, Hu W, et al. *H. pylori* eradication vs. combined proton pump inhibitor and *H. pylori* eradication in the prevention of recurrent ulcer complications in high-risk patients receiving low-dose aspirin. Gastroenterology 2001;120(Suppl 1):104.

Respuesta

Sr. Editor:

Agradecemos el interés mostrado por los Dres. Zambrana, Rodríguez-González y Puente en nuestro artículo editorial publicado en su Revista¹. Ciertamente, hacer recomendaciones prácticas cuando las evidencias científicas disponibles no son abundantes o, si existen, no responden a las preguntas concretas que el clínico se hace, resulta una tarea cuanto menos no fácil. A pesar de ello, sí creemos que los estudios disponibles permiten sostener las ideas y conceptos vertidos en el editorial.

Es pertinente señalar que, aunque el ácido acetil salicílico es un AINE, su uso terapéutico está limitado a la prevención de enfermedades vasculares oclusivas a dosis bajas. Los datos obtenidos en estudios con AINE a dosis antiinflamatorias o analgésicas no son enteramente aplicables a la aspirina a dosis bajas. Los datos que se van recogiendo así lo confirman y señalan, cuanto menos, magnitudes muy diferentes en términos de riesgo. En este sentido, por el momento no existen estudios que hayan demostrado que la edad superior a los 60 años o el uso de cortico esteroides aumenten el riesgo de hemorragia en pacientes que tomen aspirina a dosis bajas. Por el contrario, sí existen datos que

señalan que la presencia de historia ulcerosa o el uso concomitante de AINE aumentan de manera importante el riesgo de hemorragia en estos pacientes²⁻⁵. Hemos de limitarnos pues a recomendar aquello que tiene alguna base científica, a pesar de que es razonable pensar que a mayor edad, mayor riesgo. Poner el límite en 60 años no parece pertinente con la información actual. De igual forma, los datos que hacen referencia al uso concomitante de anticoagulantes o a la presencia de enfermedades graves concomitantes son escasos, por no decir nulos. El juicio clínico sugiere, sin embargo, que aunque el riesgo sea pequeño, el desarrollo de una hemorragia puede resultar fatal para el individuo y resulta razonable, aunque sea de manera empírica, añadir gastroprotección.

El tema más controvertido parece ser el de *Helicobacter pylori*. Ciertamente lo es porque la bibliografía, incluyendo las recomendaciones de paneles de expertos en las que personalmente ha participado uno de los autores de este artículo⁶, es confusa. No obstante, los nuevos datos señalan que *H. pylori* es un factor de riesgo para todo tipo de pacientes que toman AINE⁷. La controversia no se da y existe un mayor grado de consenso cuando se revisa la información disponible para los estudios de aspirina a dosis bajas. Así, a día de hoy, muy pocos dudan de que la infección por *H. pylori* es un factor de riesgo para los pacientes que toman este fármaco a estas dosis²⁻⁵. En modo alguno esto quiere decir que haya que erradicar o hacer el test de infección a todos los pacientes que tomen aspirina a dosis bajas. El ejercicio de realizar medidas de gastroprotección en un paciente que tome AINE o aspirina a dosis bajas requiere la valoración de los factores de riesgo presentes. Si existen, especialmente aquellos que aumentan de manera especial el riesgo de hemorragia (historia de úlcera o hemorragia, toma concomitante de AINE), es muy probable que la administración de un inhibidor de la bomba de protones sea suficiente para reducir notablemente el riesgo de hemorragia. No obstante, la presencia de historia ulcerosa o de complicación previa aconseja erradicar *H. pylori* porque, en la mayoría de los casos, una única semana de tratamiento antibiótico permite reducir todavía más el riesgo de hemorragia digestiva alta (especialmente en el caso de úlcera duodenal). Es muy posible que los estudios futuros nos indiquen, desde la perspectiva riesgo/beneficio, qué subpoblaciones pueden requerir erradicación de *H. pylori* como única medida terapéutica. A día de hoy, sin embargo, la recomendación práctica más razonable sugiere prescribir un inhibidor de la bomba de protones en presencia de factores de riesgo y, además, erradicar *H. pylori* si hay evidencia de úlcera gastroduodenal previa. Ésta es, asimismo, la práctica habitual en los servicios de digestivo de nuestro país en la actualidad. El mejor y menos molesto test para confirmar la presencia o eliminación de la infección es el de aliento, pero otros tests, incluido el de heces, pueden ser perfectamente válidos.

Entendemos que ocuparse de una infección como la de *H. pylori* en colectivos médicos no familiarizados con el problema resulta un factor de distorsión en el manejo del paciente, pero los gastroenterólogos hemos aprendido de los enormes beneficios que su eliminación reporta en el paciente con diátesis ulcerosa.

Ángel Lanás y Ángel Ferrández

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lanás A, Ferrández A. ¿Deben administrarse protectores gástricos a los pacientes coronarios que toman dosis bajas de aspirina de forma crónica? Rev Esp Cardiol 2001;54:1361-4.
2. Lanás A, Bajador E, Serrano P, Fuentes J, Carreño S, Guardia J, et al. Nitrovasodilators, low-dose aspirin, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, and the risk of upper gastrointestinal bleeding. N Engl J Med 2000;343:834-9.
3. Chan FK, Chung SC, Suen BY, Lee YT, Leung WK, Leung VK, et al. Preventing recurrent upper gastrointestinal bleeding in patients with *Helicobacter pylori* infection who are taking low-dose aspirin or naproxen. N Engl J Med 2001;344:967-73.
4. Lanás A, Fuentes J, Benito R, Serrano P, Bajador E, Sáinz R. *Helicobacter pylori* increases the risk of upper gastrointestinal bleeding in patients taking low-dose aspirin. Aliment Pharmacol Ther 2002; 16(4):779-86.
5. Lanás A. Current approaches to reducing gastrointestinal toxicity of low-dose aspirin. Am J Med 2001;110(1A):70S-3S.
6. Sáinz R, Borda F, Domínguez E, Gisbert JP, y Grupo Conferencia Española de Consenso. Conferencia Española de Consenso sobre la infección por *Helicobacter pylori*. Rev Esp Enferm Dig 1999; 91:777-84.
7. Huang JQ, Sridhar S, Hunt R. Role of *Helicobacter pylori* infection and nonsteroidal anti-inflammatory drugs in peptic ulcer disease: a meta-analysis. Lancet 2002;359:14-22.