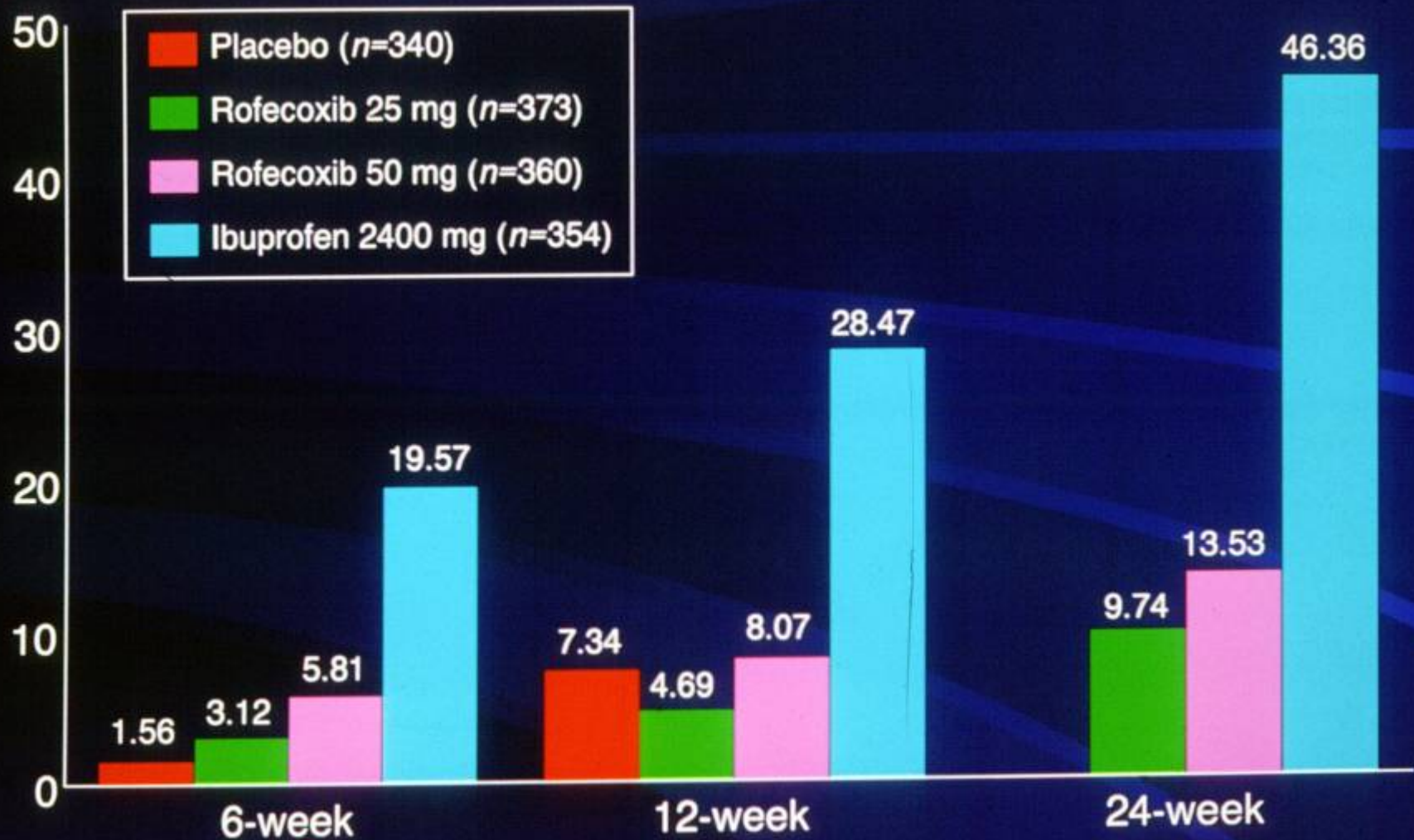
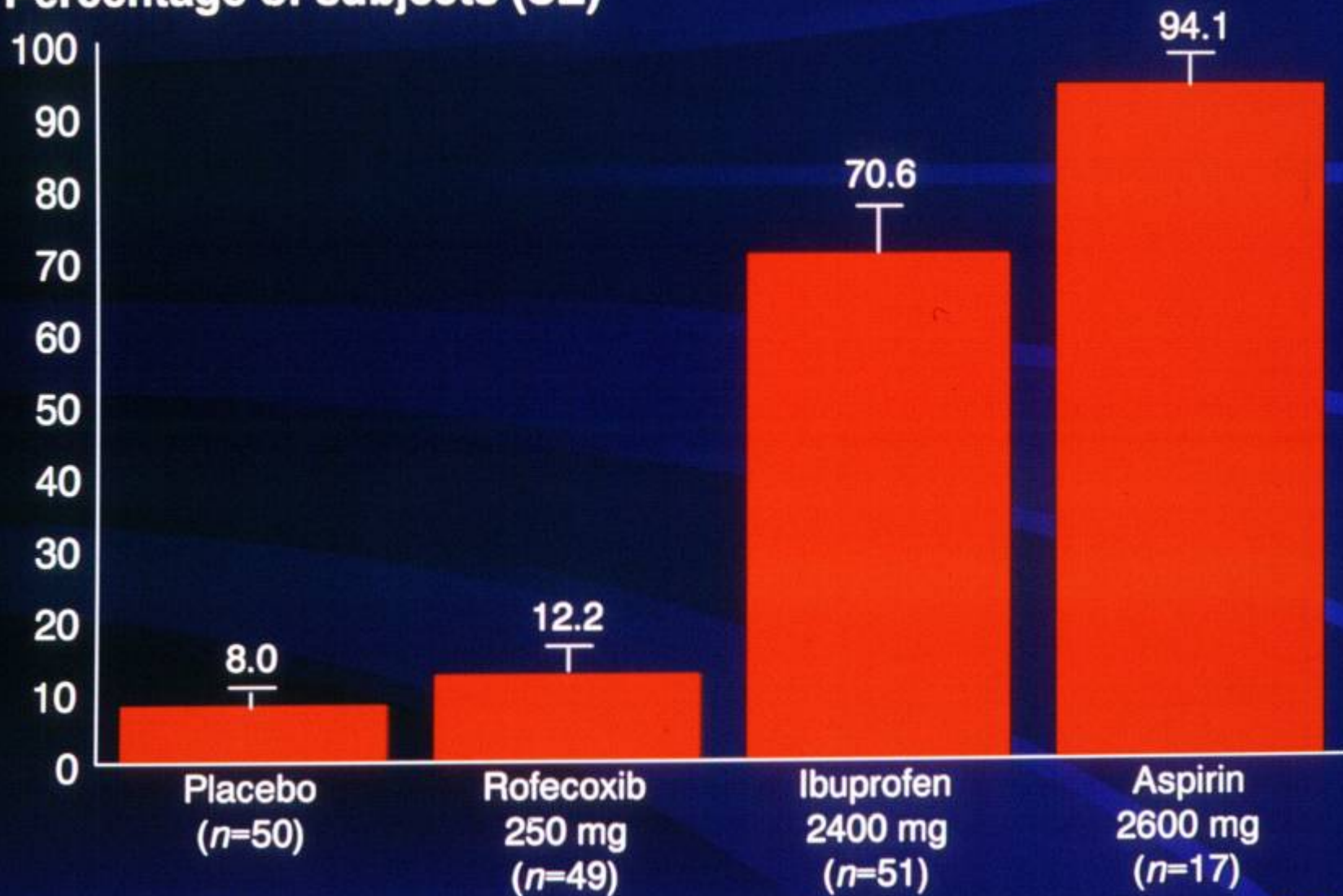


Cumulative incidence rate (%)



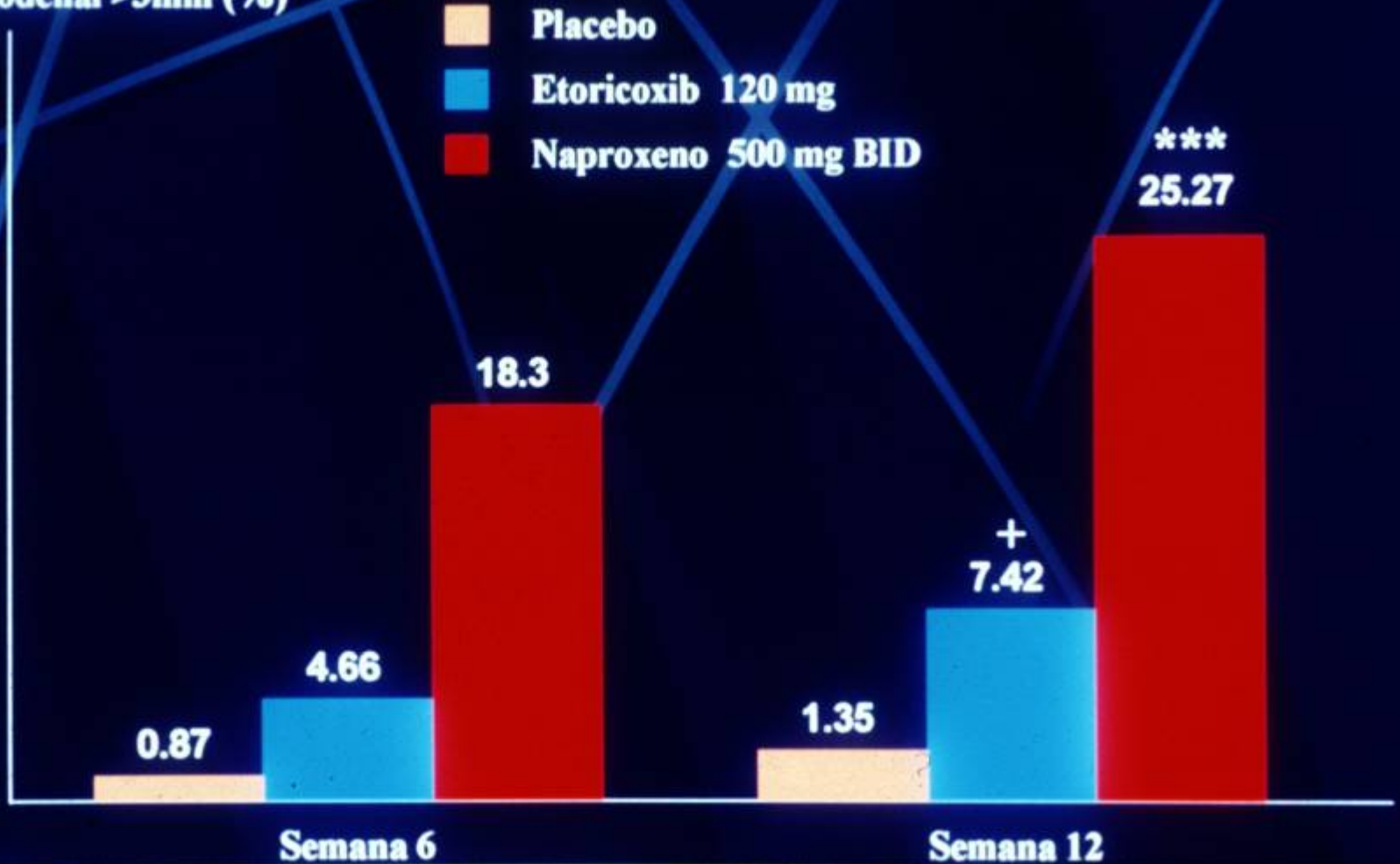
Percentage of subjects (SE)



APT, 1999

INCIDENCIA DE ÚLCERAS ENDOSCÓPICAS CON ETORICOXIB

Pac.con úlcera
gastroduodenal >3mm (%)



*** $P < 0.001$ para Naproxeno vs todos los grupos

+ $n = 0.002$ para etoricoxib vs placebo: no pre-especificado

Hunt et al. 2002

+ $n = 0.002$ para etoricoxib vs placebo: no pre-especificado

INHIBIDORES DE COX2: INCIDENCIA DE EFECTOS ADVERSOS GASTROINTESTINALES

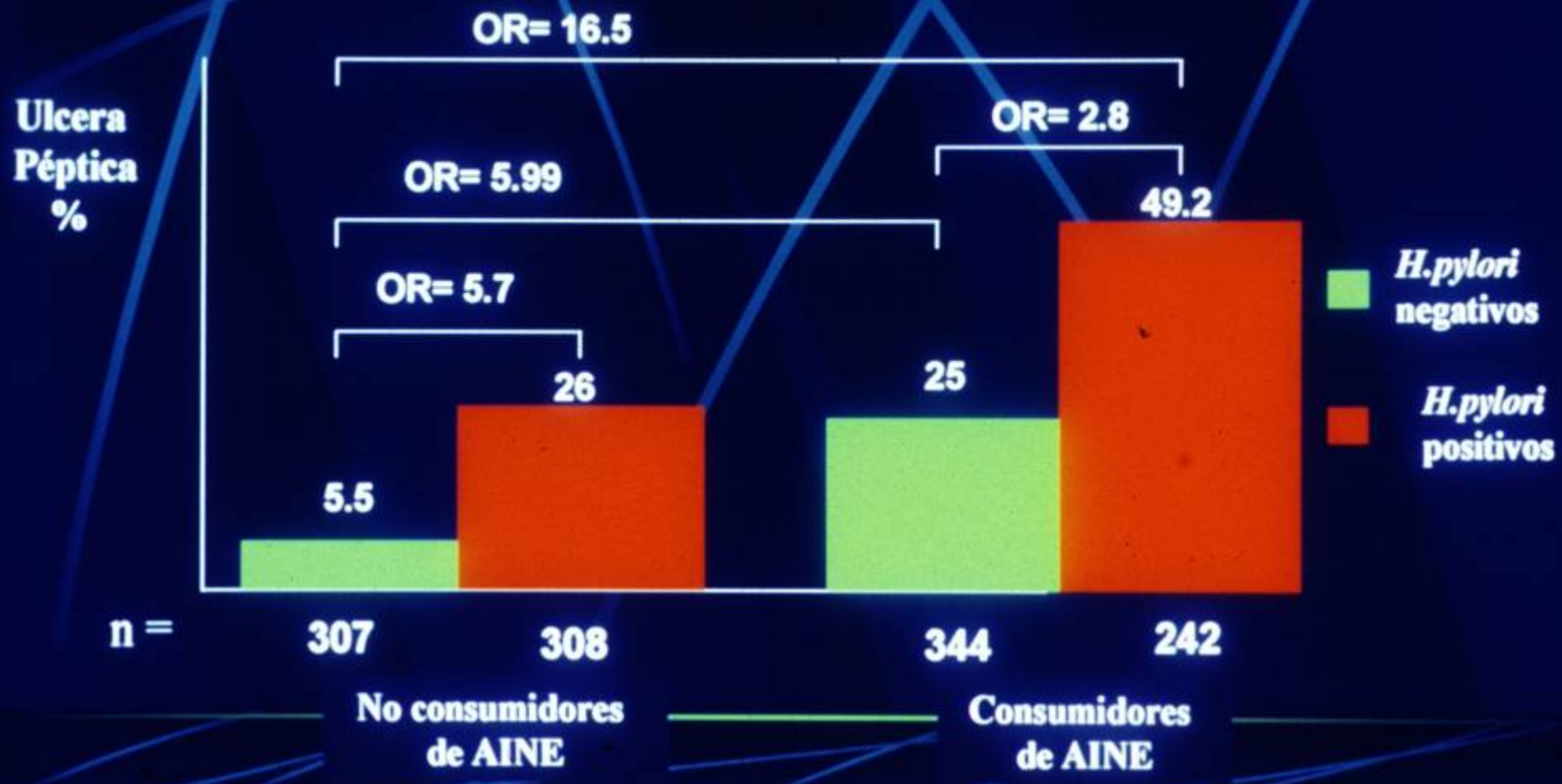
- ❖ Celecoxib long term arthritis safety study (CLASS)
7968 pacientes
Osteoartritis, artritis reumatoidea, bajas dosis de AAS.
Celecoxib 800 mg/día (8.7%) ibuprofen 2400 mg/día y diclofenac 150 mg/día (10.7%)
- ❖ Vioxx gastrointestinal outcomes research (VIGOR)
8076 pacientes
Artritis reumatoidea
Rofecoxib 200 mg/día (3.5%) naproxeno 2000 mg/día (4.9%)
 - Dispepsia, dolor abdominal, discomfort epigástrico, náuseas, pirosis

EFECTOS RENALES Y CARDIOVASCULARES DE LOS INHIBIDORES ESPECÍFICOS DE LA COX-2

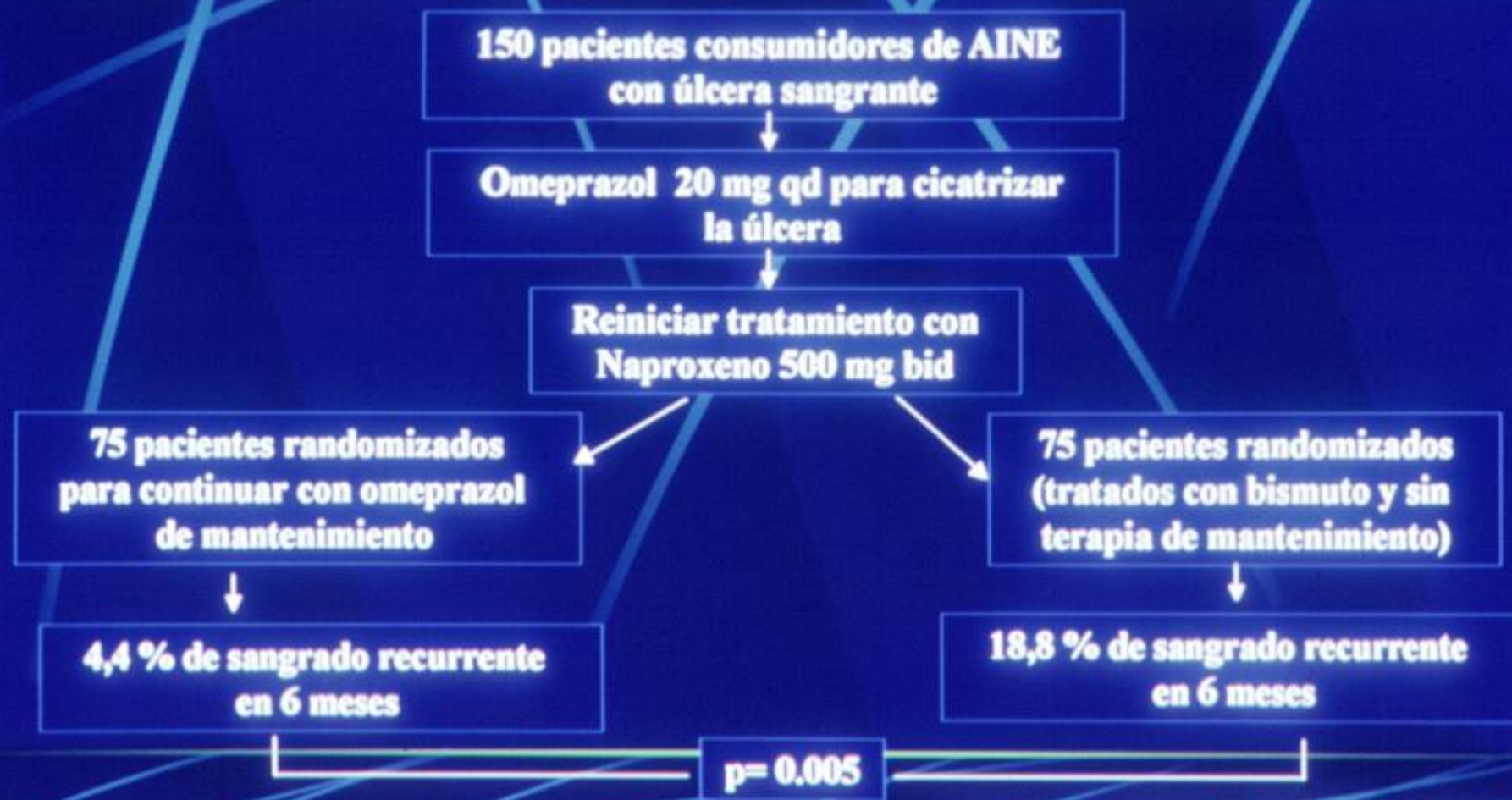
- **La COX-1 y COX-2 juegan un papel fisiológico y fisiopatológico en la función renal.**
- **En general, los Inhibidores Específicos de la COX-2 son bien tolerados por la función renal.**
- **En pacientes con daño renal importante preexistente (creatinina sérica > 2,5 mg/dL o Tasa de Filtrado Glomerular < 30 mL/min), los Inhibidores Específicos de la COX-2 sólo deben emplearse en caso de necesidad y bajo estricto monitoreo de la función renal.**
- **En los pacientes “de riesgo” (v.g. ancianos o bajo tratamiento antihipertensivo), se recomienda monitorizar la aparición de edemas, los cambios en la T.A. y tratarlos oportunamente.**

***H. pylori*, empleo de AINE y riesgo de enfermedad ulcerosa péptica: Meta-análisis de 5 estudios caso-control**

Huang et al, Lancet 2002; 359:14



Estudio prospectivo, randomizado sobre tratamiento de la infección por *H. pylori* en pacientes consumidores de AINE con úlcera sangrante previa.



AINEs: LESIONES DE INTESTINO DELGADO

- ❖ Enteropatía asintomática manifestada por pérdida de sangre y proteínas (Bjarnason, 1989)
- ❖ Sangrado de intestino delgado por úlceras (Bjarnason, 1987)
- ❖ Estenosis de íleon terminal asociadas a úlceras circunferenciales (J Lang, 1995)
- ❖ Perforación de intestino delgado (Langman, 1990)

AINEs: LESIONES EN COLON

- ❖ **Úlceras colónicas en ausencia de enfermedad inflamatoria de base (Bjarnason, 1993)**
- ❖ **Úlceras y estenosis inespecíficas simil intestino delgado**
- ❖ **Reactivación de una enfermedad inflamatoria intestinal (Bjarnason, 1993)**
- ❖ **Cuadros de diverticulitis y apendicitis (K Campbell, 1991)**
- ❖ **Colitis eosinofílica y colitis pseudomembranosa (naproxeno y diclofenac)**
- ❖ **Cuadros de colitis colágena (Lindstrom, 1990)**

CONDUCTA A TOMAR CON EL PACIENTE QUE INGIERE AINES



TRATAMIENTO DE LA ÚLCERA POR AINE

1. REPLANTEAR USO DE AINE.
2. SI SE SUSPENDE: *TRATAMIENTO HABITUAL.*
3. SI NO SE SUSPENDE: *I.B.P., 1 O 2 CPR. DÍA.*
4. SI ESTÁ INFECTADO CON H.P.: *ERRADICAR.*

AINE: COMO HACER LA PROFILAXIS?

- INHIBIDORES H2
- MISOPROSTOL
- I.B.P.: *DE ELECCIÓN. 1 Cpr. día*



*Gracias
por su Atención*