

## GASTROENTEROLOGÍA

# Riesgo cardiovascular y hemorragia digestiva deben valorarse de forma conjunta

CM E.S.C.  
Madrid

La hemorragia digestiva alta constituye una de las urgencias gastroenterológicas más importantes por su frecuencia y gravedad. Actualmente en los pacientes con riesgo cardiovascular (RCV) se vienen usando tratamientos profilácticos que incluyen antiagregantes plaquetarios (como Aspirina y clopidogrel) o fármacos anticoagulantes que se asocian con un aumento del riesgo de hemorragias digestivas.

Como dijo Carlos Martín de Argila, del Servicio de Gastroenterología del Hospital Ramón y Cajal de Madrid en la VI Semana de las Enfermedades Digestivas (organizada en Sevilla por la Sociedad Española de Patología Digestiva, que celebró su congreso anual), la introducción de una nueva familia de anticoagulantes orales que no precisan de un control tan estricto de los niveles de anticoagulación tiene, sin embargo, un inconveniente y es que no se dispone del antídoto eficaz para contrarrestar su efecto anticoagulante en pacientes que presen-

Así señaló que, hoy en día, la mejor protección gástrica para estos pacientes que recibe un tratamiento antiagregante es el uso de los inhibidores de la bomba de protones (IBP). Este tipo de tratamiento reduce de una forma muy eficaz la producción de ácido en el jugo gástrico, disminuyendo los riesgos gas-

trointestinales de esos fármacos y facilitando la cicatrización de las lesiones que puedan originar. Sin embargo, en los doblemente antiagregados (tratados simultáneamente con ácido acetil salicílico y clopidogrel) recientemente se han suscitado problemas para seguir esta recomendación, ante la sospecha de que los IBP pueden aumentar el riesgo de nuevos episodios de problemas cardiovasculares como consecuencia de que éstos y clopidogrel comparten la misma vía de metabolización hepática.

En este sentido señala que del análisis *post hoc* de los ensayos disponibles hasta el momento, no se desprende claramente que se produzca un incremento de accidentes vasculares en los tratados con doble antiagregación e IBP en comparación con los que no toman IBP. Por lo tanto, "parece razonable que los pacientes con un elevado riesgo de hemorragia gastrointestinal y que precisen doble antiagregación no deban ser privados de gastroprotección con un IBP" aseguró Martín de Argila.

Durante la SED se señaló que el protocolo de actuación ante los digestivos ha de basarse en un enfoque global, en el que se valoren coordinadamente ambos riesgos. "Es necesario abordar de un modo conjunto. En cualquier caso, la gastroprotección mediante fármacos que inhiban de un modo eficaz la secreción ácida gástrica es una pieza clave en estos pacientes", finalizó.