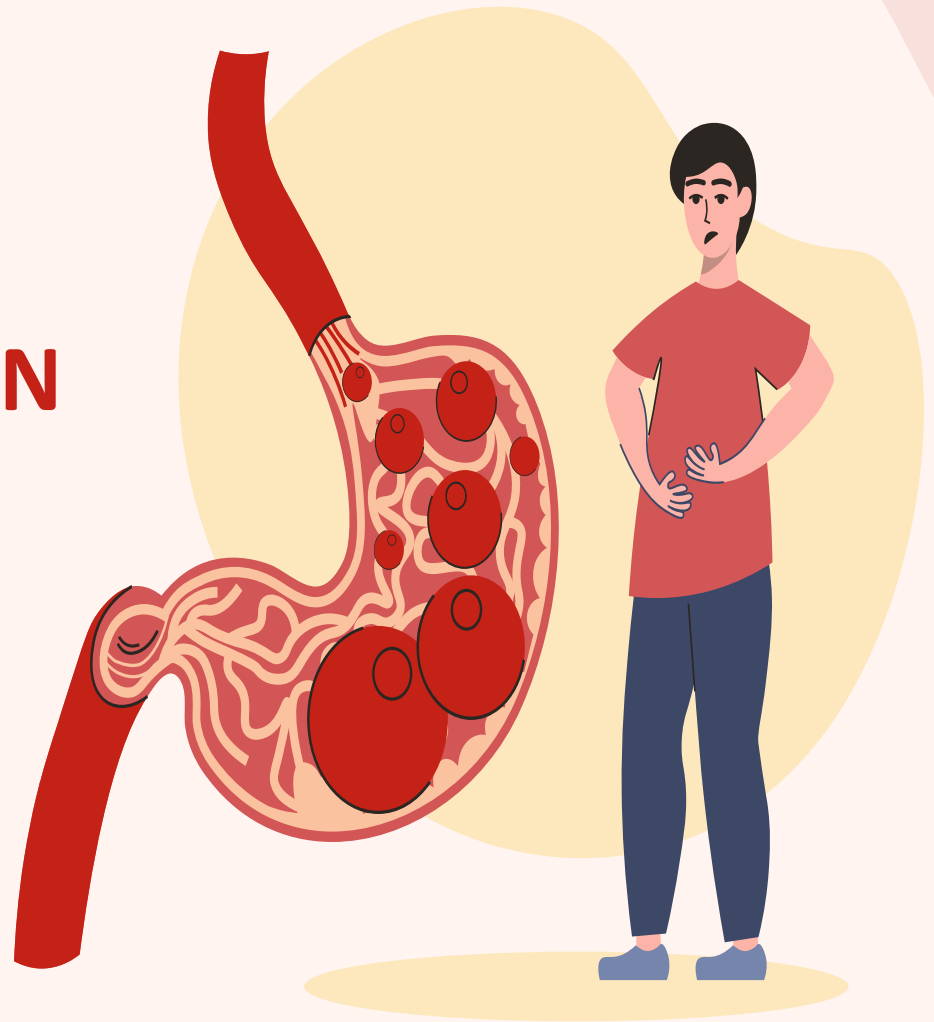


INDICACIONES GASTROPROTECCION

M^a Alegría Crespo Cárdenas.
C.S Tomelloso 2.



INDICE

1

INTRODUCCION

6

EFFECTOS
SECUNDARIOS

2

MECANISMO DE
ACCION

7

INTERACCIONES

3

CAUSAS DE
SOBREUTILIZACION

8

DEPRESCRIPCION

4

INDICACIONES

9

CASOS CLINICOS

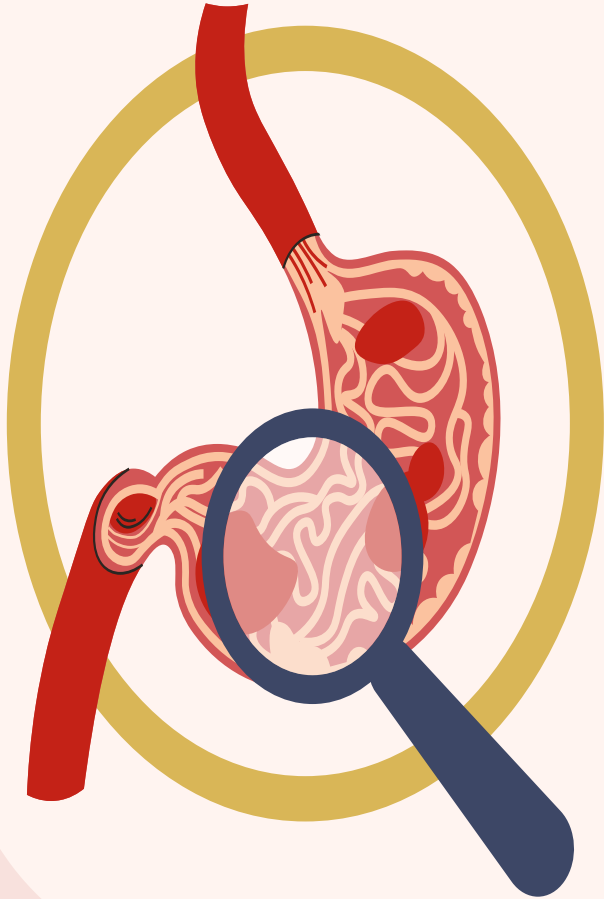
5

FACTORES DE RIESGO
DE GASTROLESION

10

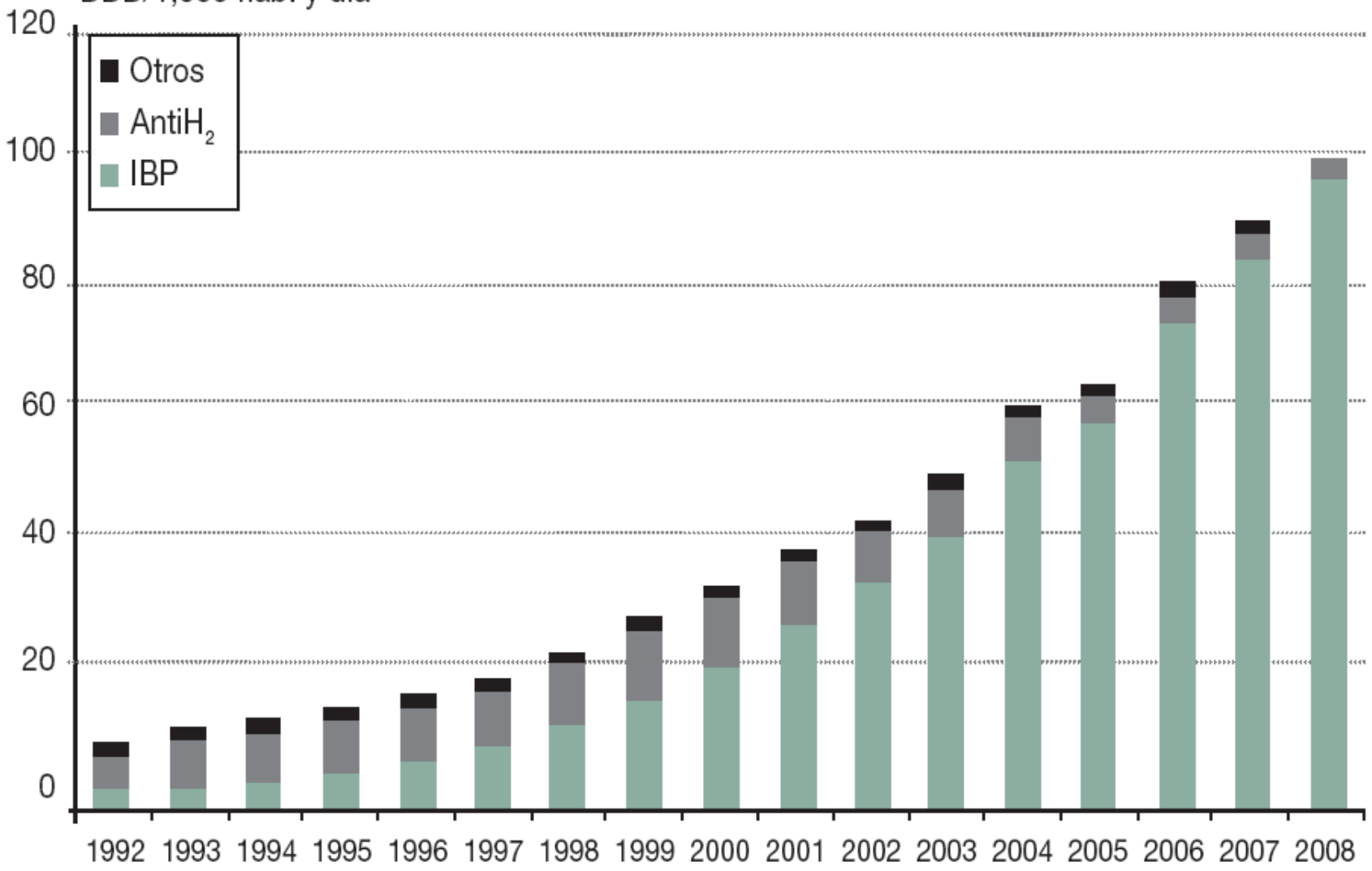
CONCLUSIONES

INTRODUCCION

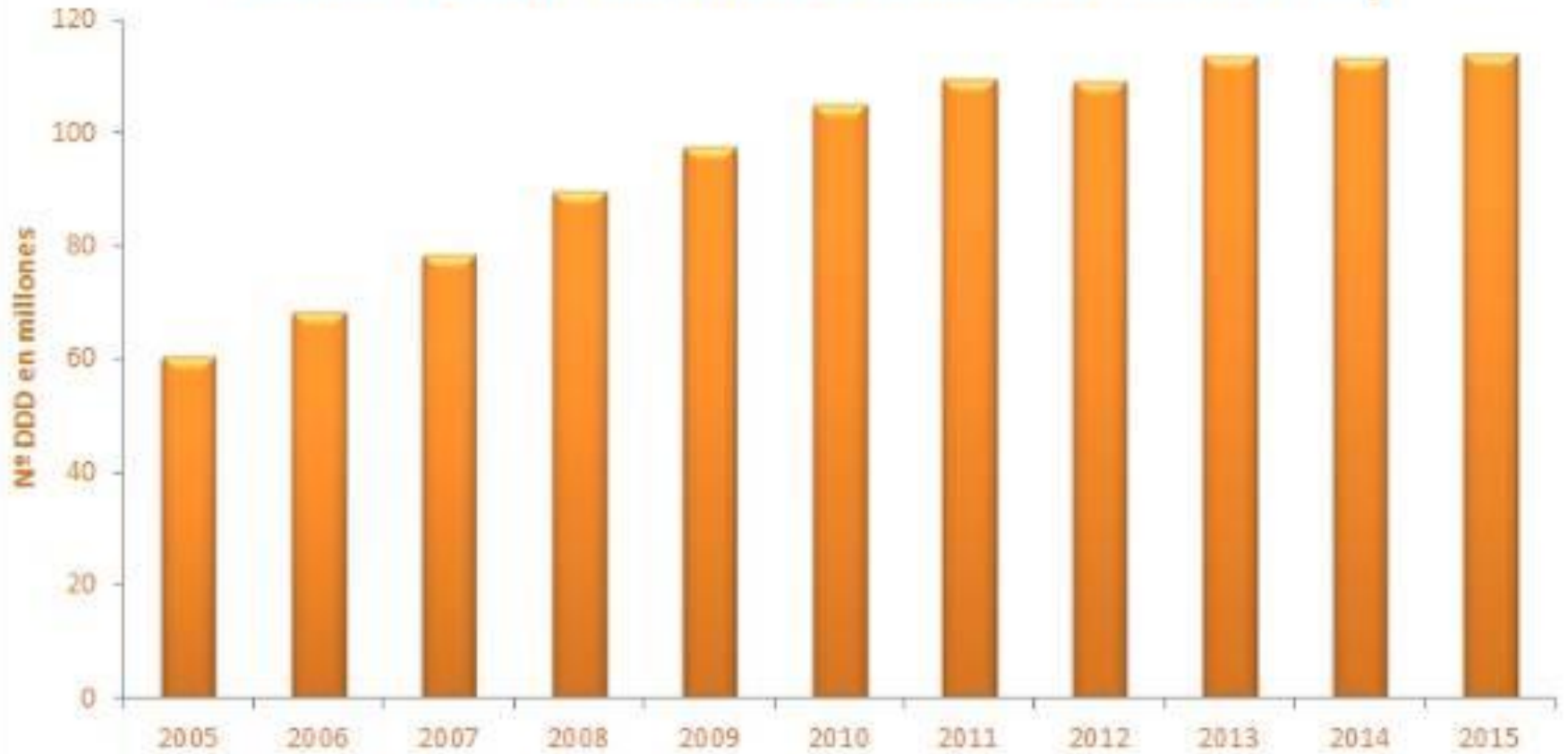


- ❑ Los IBP es uno de los grupos farmacológicos mas prescritos y con mayores niveles de facturación en el SNS.
- ❑ Subgrupo de clasificación anatómica terapéutica mas prescrito en nuestro país.
- ❑ IBP crecimiento exponencial en los últimos años. Anti H2 ha disminuido

DDD/1,000 hab. y día



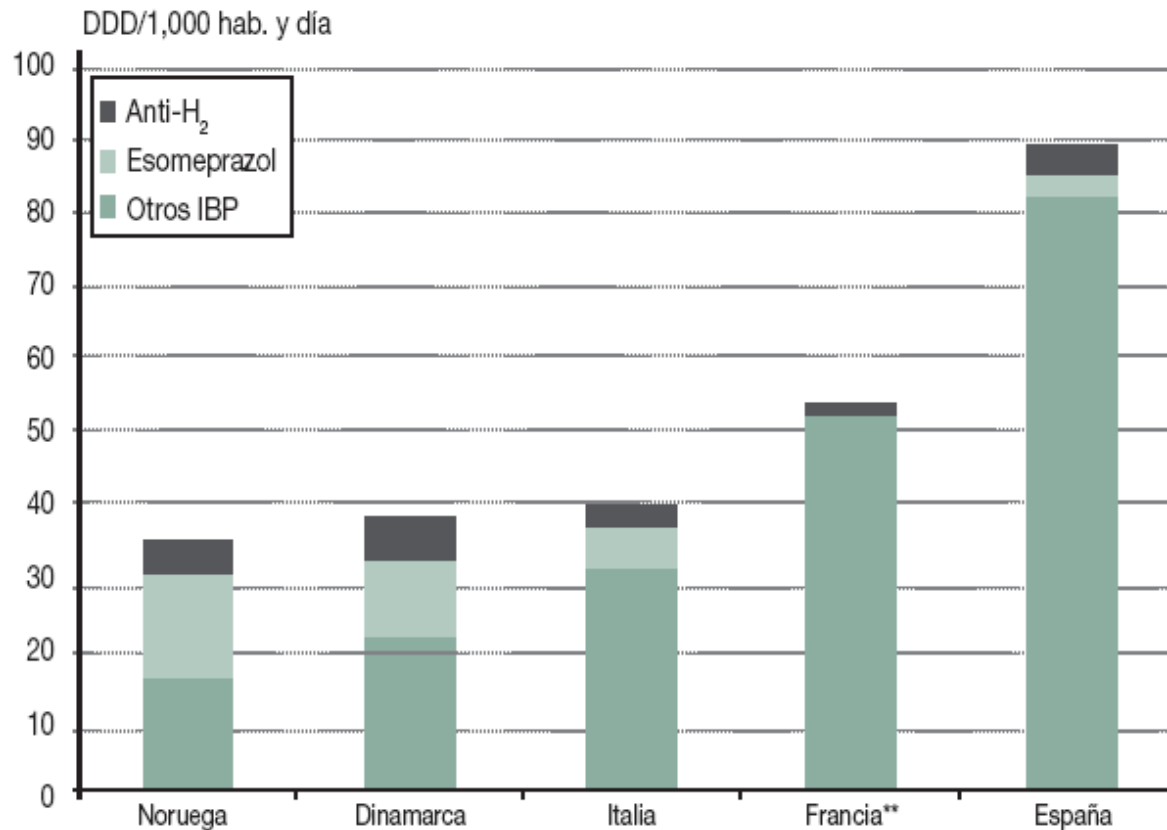
Evolución DDD de Inhibidores de la Bomba de Protones - Sacyl



¿Y QUE PASA EN OTROS PAISES?

Figura 3

Utilización de IBP y Anti-H₂ en distintos países en 2007*



*Datos expresados en DDD/1.000 hab. y día.

**Datos de 2006.

Actualización sobre la suspensión de los medicamentos con ranitidina y cese de su formulación magistral

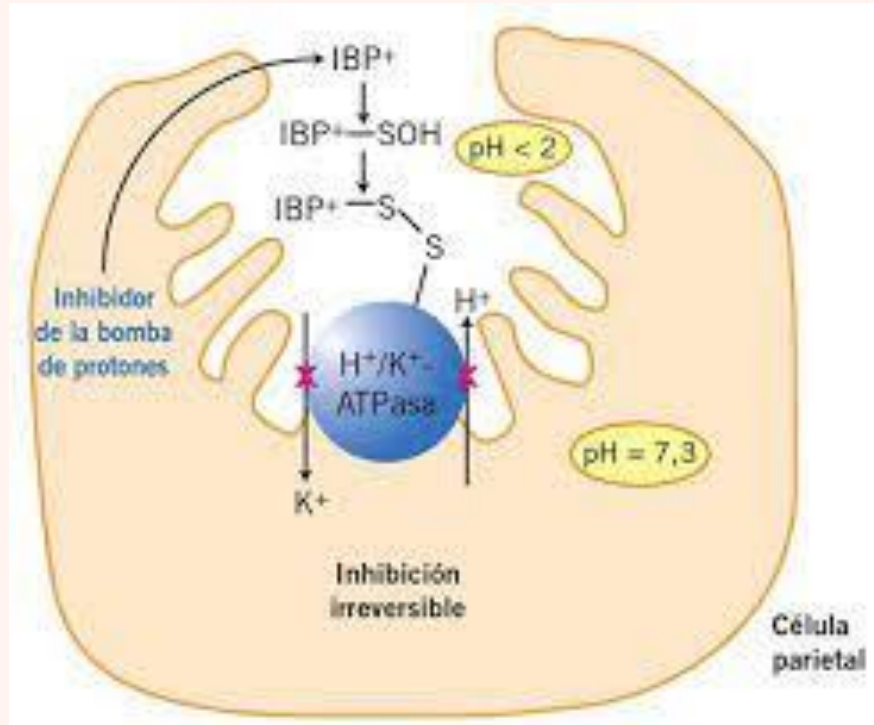
Fecha de publicación: 3 de febrero de 2022

Categoría: La AEMPS

Referencia: ICM (CONT) 01/2022

- **La AEMPS informa de las alternativas a los medicamentos inyectables que contienen ranitidina, tras la suspensión de todas sus autorizaciones de comercialización**
- **La Agencia, como medida de precaución, informa de que se deben dejar de prescribir y elaborar fórmulas magistrales que contengan este principio activo, tanto inyectable como por vía oral, al tener el mismo riesgo de presencia de NDMA que las presentaciones comerciales suspendidas**

MECANISMO DE ACCION



- Bloquean de forma irreversible la ATPasa H/K de las células parietales.
- Se administran en forma inactiva.
- Activación en los canalículos.
- Semivida: 1-2h. Efecto prolongado por la síntesis de nuevas bombas.
- Máxima supresión a los 3-5 días.
- Actualmente en España disponemos de 5 moléculas: Omeprazol, Pantoprazol, Rabeprazol, Lansoprazol y Esomeprazol.

TABLA DE EQUIVALENCIAS

	Omeprazol	Lansoprazol	Pantoprazol	Esomeprazol	Rabeprazol
Dosis baja	10	15	20	10	10
Dosis habitual	20	30	40	20	20
Dosis alta	40	60	80	40	10



CAUSAS DE SOBREUTILIZACION



Polimedición



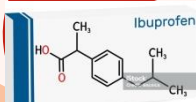
No revisión de medicamentos al alta



Automedicación



Publicidad



Uso crónico de AINES y antiagregantes



Desconocimiento de indicaciones

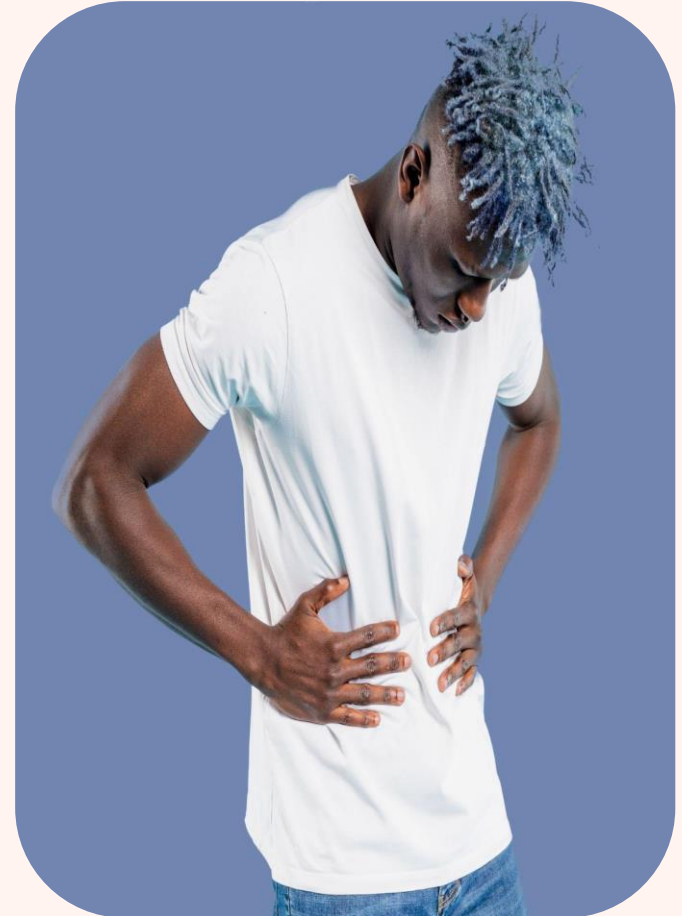
INDICACIONES

Uso a largo plazo (≥ 8 semanas)

- RGE
- Gastroprotección con AINE en paciente de alto riesgo.
- Esófago de Barret.
- Síndrome de Zollinger Ellison.
- Esofagitis erosiva.
- Estenosis péptica.
- Esclerodermia esofágica.
- Prevención de la progresión de fibrosis pulmonar.

Uso a corto plazo (< 8 semanas)

- Hemorragia digestiva alta.
- Erradicación H. Pylori.
- Tratamiento de úlceras gástricas y duodenales.
- Dispepsia funcional no investigada (< 55 a sin síntomas de alarma).
- Profilaxis de úlceras por estrés.



INDICACIONES



1) PROFILAXIS DE ULCERAS POR ESTRES.

- Ingreso en UCI+ FR: Antecedentes de ulcera péptica, fracaso renal, coagulopatía, shock o sepsis grave, necesidad de ventilación mecánica, TCE, quemaduras o realización de neurocirugía.

2) RGE.

- Efectivos a corto plazo tanto en:
 - ▶ Gastritis erosiva
 - ▶ Gastritis no erosiva
- A largo plazo:
 - ▶ Forma continua
 - ▶ A demanda
- 20% respuesta insuficiente con Omeprazol cada 12h.
- Altas dosis de Omeprazol (80mg/día), mejoría en pacientes refractarios.
- Esomeprazol 40mg cada 12 horas podría alcanzar respuestas mayores.
- Beneficio controvertido en laringitis por reflujo y asma.
- Algunas evidencias apoyan menor tasa de transformación de metaplasia en displasia con el uso a largo plazo.



INDICACIONES

3) HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

- Procedimientos endoscópicos representan el pilar de tratamiento.
- No se ha demostrado que la coadministración con IBP oral, disminuya las secuelas de una hemorragia reciente.
- En perfusión continua disminuye el riesgo de sangrado.
- 1 ó 2 dosis IV en bolo + perfusión continua 8mg/h 72h.



4) DISPEPSIA.

- Tratamiento 4-8 semanas.
- Obligatoria reevaluación.
- > eficacia si síntomas ulcerosos o de RGE, que en dispepsia tipo dismotilidad.



INDICACIONES

5) INFECCIÓN POR H. PYLORI

- Cada 12h durante 7-14 días.
- Eficacia similar si se dan a dosis equipotenciales.



6) ESOFAGITIS EOSINOFILICA

- Primero intentar a corto plazo.
- Si responde, mantener largo plazo.



INDICACIONES

7) ULCERA GÁSTRICA/ DUODENAL.

- Tratamiento de mantenimiento.
- No diferencias estadísticas en las tasas de cicatrización con los distintos IBPs.



8) SINDROME DE ZOLLINGER ELLISON

- Cuando la opción quirúrgica no es posible, mantener de forma indefinida.
- Las dosis iniciales son altas.
- A algunos pacientes se les puede reducir tras la curación de la úlcera



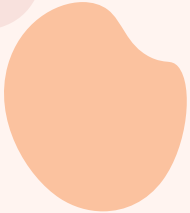
INDICACIONES



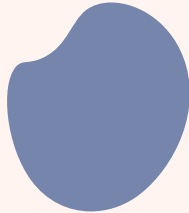
9) PROFILAXIS GASTROPATÍA POR AINES

- NO dar gastroprotección generalizada.
- UNICAMENTE JUSTIFICADO SI: FR GI.
- Los inhibidores de la COX, son mas seguros.
- El objetivo es evitar complicaciones graves.


Factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones gastrointestinales relacionadas con el uso de AINES



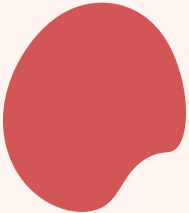
Antecedentes de úlcera o hemorragia intestinal




Edad > 60-65 años.



Tratamiento AINE a dosis altas.
- Uso concomitante de corticoides.
- Uso concomitante de anticoagulante



Tratamiento con AAS a dosis antiagregantes



Comorbilidades graves(cardiovascular, renales, hepáticos, HTA, DM).

Niveles de riesgo

RIESGO BAJO	No FFRR
RIESGO MEDIO	Antecedente de úlcera no complicada o 1 o 2 FFRR.
RIESGO ALTO	Antecedente de úlcera complicada o > 2 FFRR.

INDICACIONES

10) PROFILAXIS GASTROPATIA POR ANTIAGREGANTES

- El fármaco mas usado es el AAS.
- Respecto al Clopidogrel, alerta en 2010 por las AEMPS.
- No uso con Omeprazol ni Esomeprazol.
En su lugar, Rabeprazol o Pantoprazol.



11) PROFILAXIS GASTROPATIA POR ANTICOAGULANTES

- Individualizar según condiciones clínicas de edad, comorbilidad, fragilidad...



12) PROFILAXIS GASTROPATIA POR ISRS

- Incrementan sensiblemente el riesgo de sangrado intestinal.
- Riesgo aumentado si: historia de úlcera péptica, otros fármacos gastrolesivos.



EFECTOS SECUNDARIOS GENERALES

- No son fármacos inocuos.
- Generalmente son bien tolerados.
- Se dividen en dos grupos:

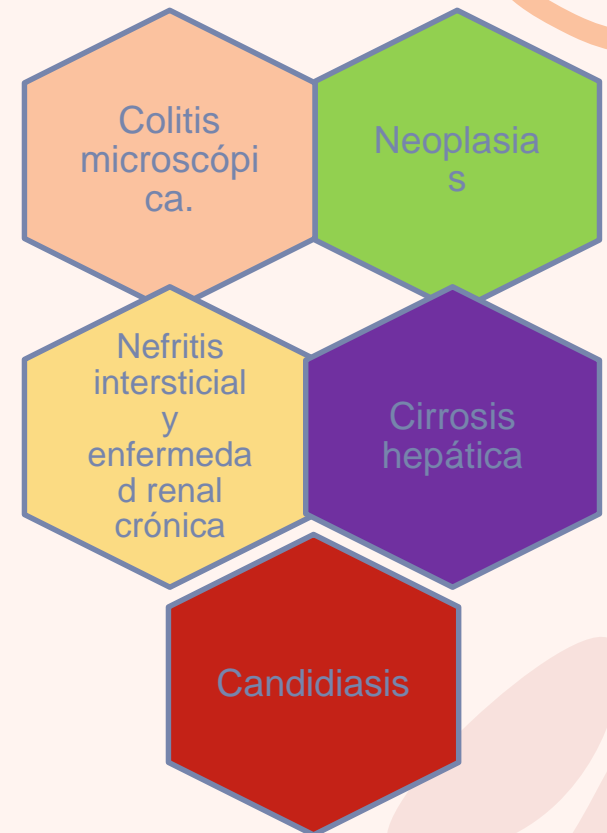
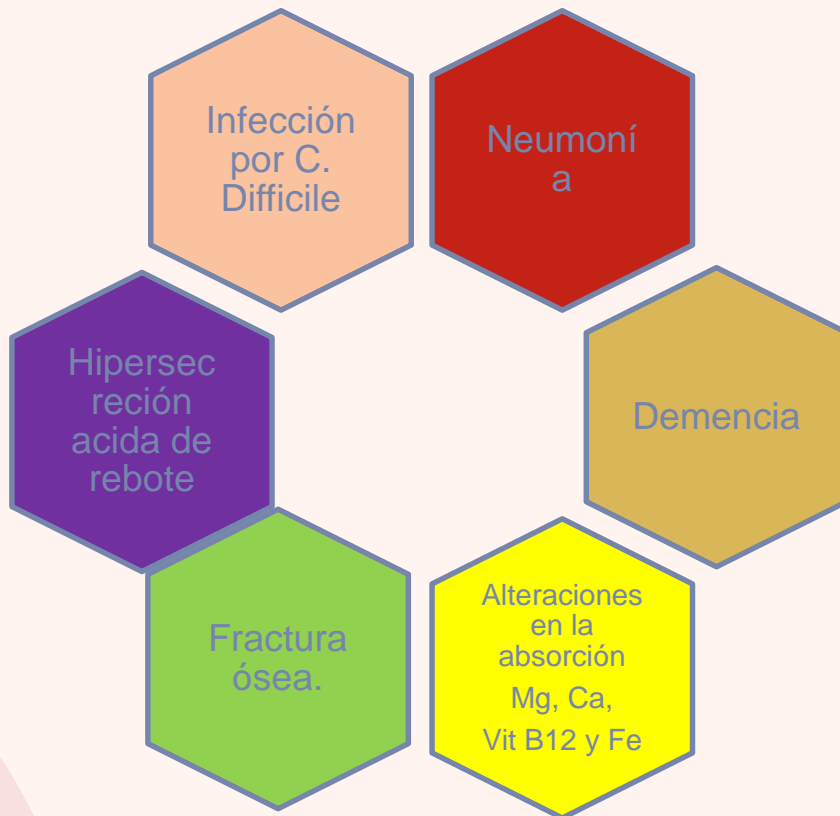
FRECUENTES
(1-5%)

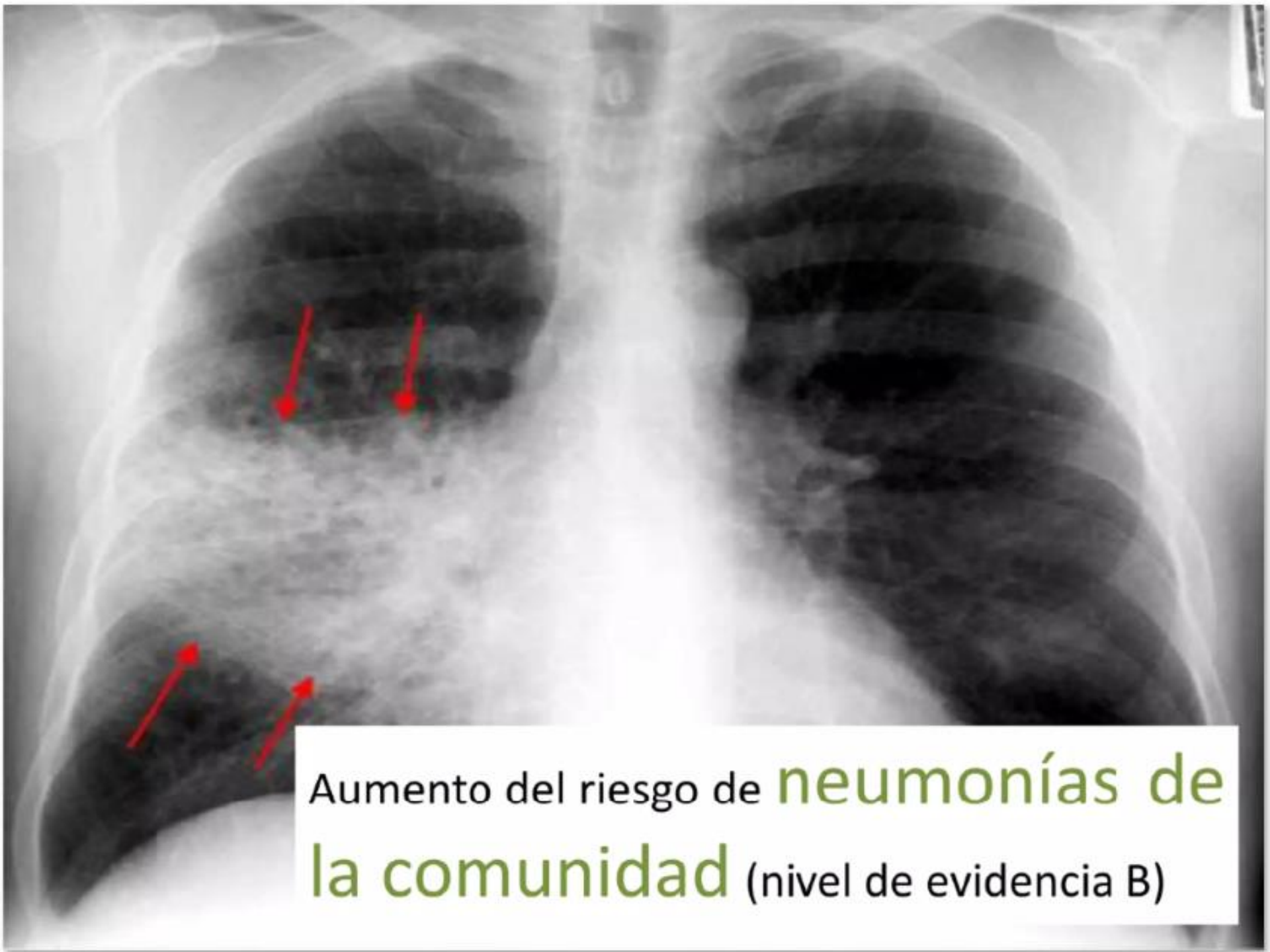
- Cefalea.
- Dolor abdominal.
- Diarrea o estreñimiento.
- Flatulencia.
- Náuseas.

POCO
FRECUENTES
(<1%)

- Mareo.
- Vértigo.
- Exantema.
- Edema periférico.
- Insomnio.
- Elevación de ez hepáticas.

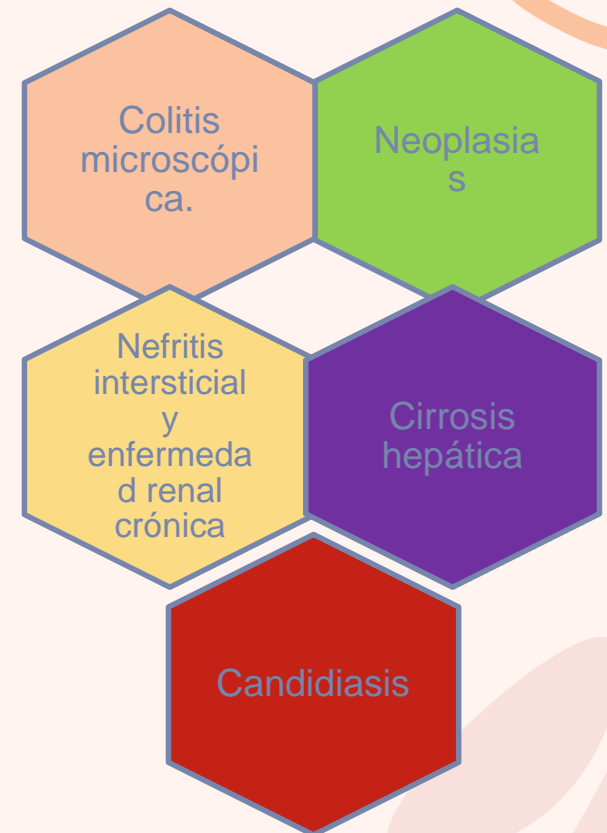
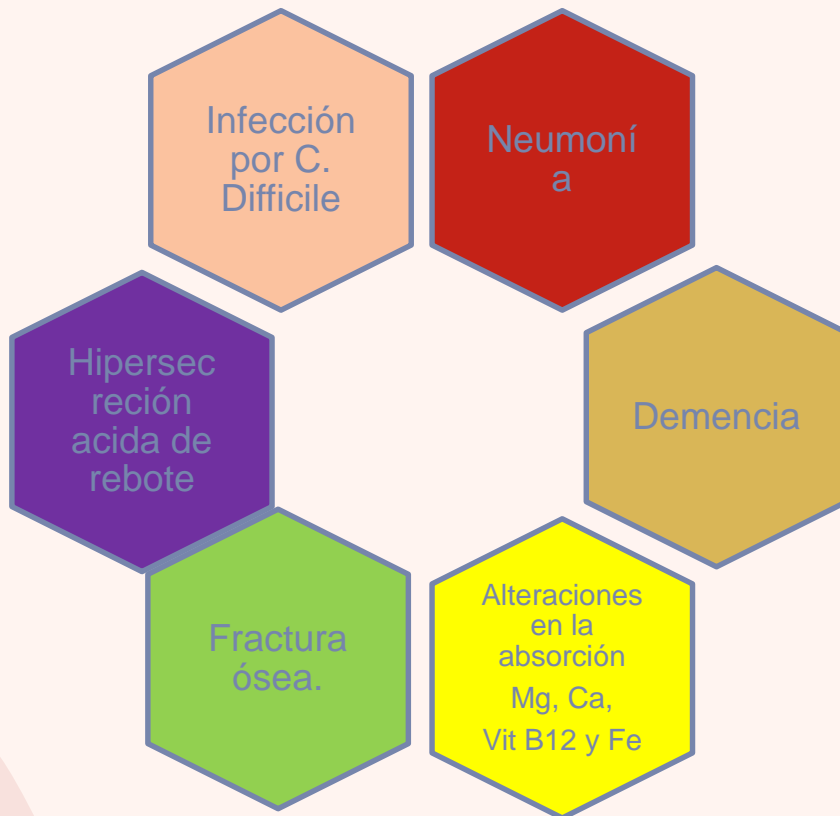
EFFECTOS SECUNDARIOS





Aumento del riesgo de **neumonías de la comunidad** (nivel de evidencia B)

EFFECTOS SECUNDARIOS

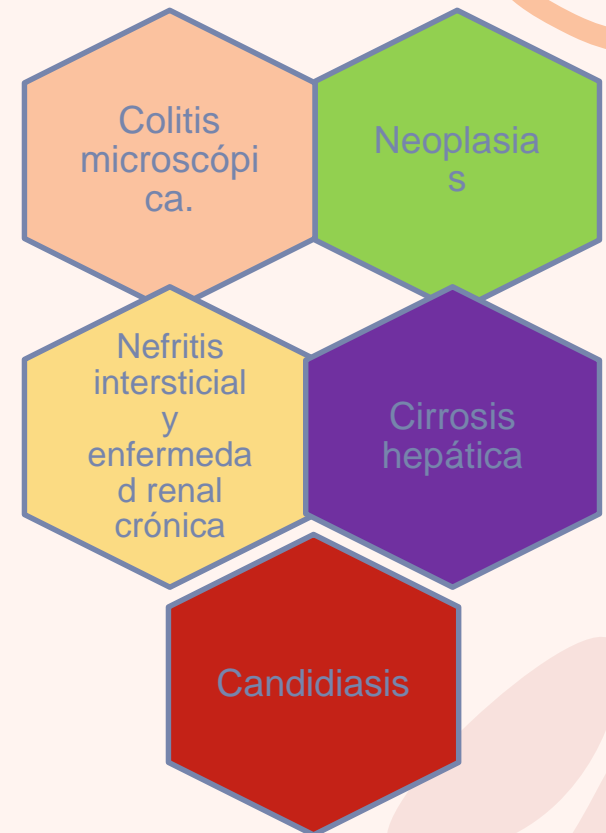
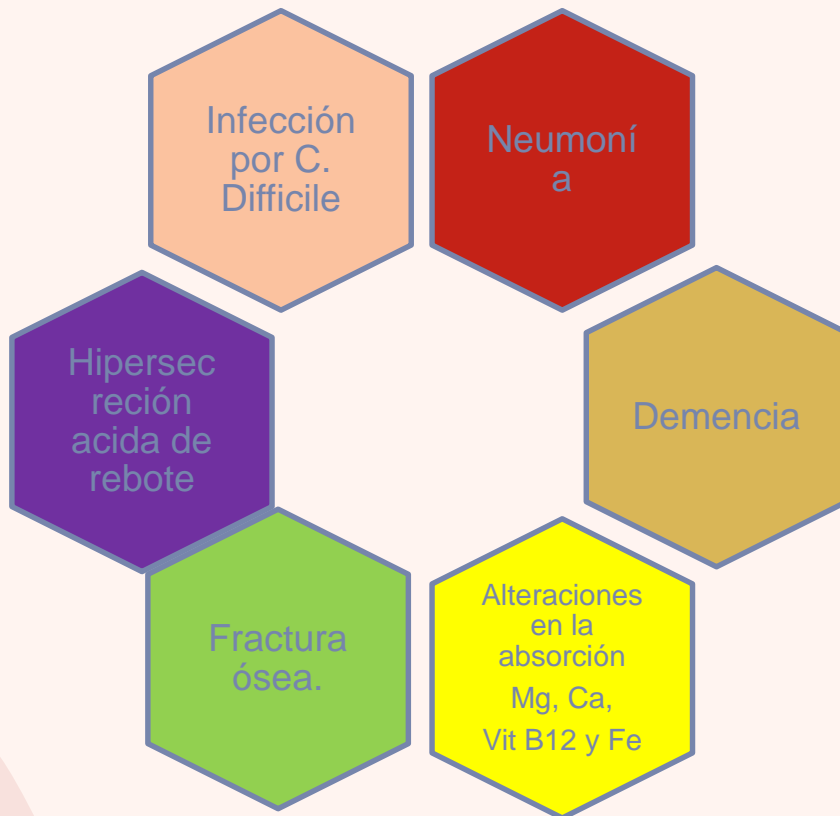


A scanning electron micrograph (SEM) showing numerous orange-colored, rod-shaped Clostridium difficile bacteria. The bacteria are densely packed in some areas and more sparse in others, all resting on a dark, textured surface that appears to be a metal plate with fine scratches. The lighting creates highlights and shadows, giving the bacteria a three-dimensional appearance.

Diarrea
por *Clostridium difficile*

Am J Gastroenterol 2012;107:1001-10;
Am J Gastroenterol 2012;107:1011-19

EFFECTOS SECUNDARIOS



Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
AEMPS

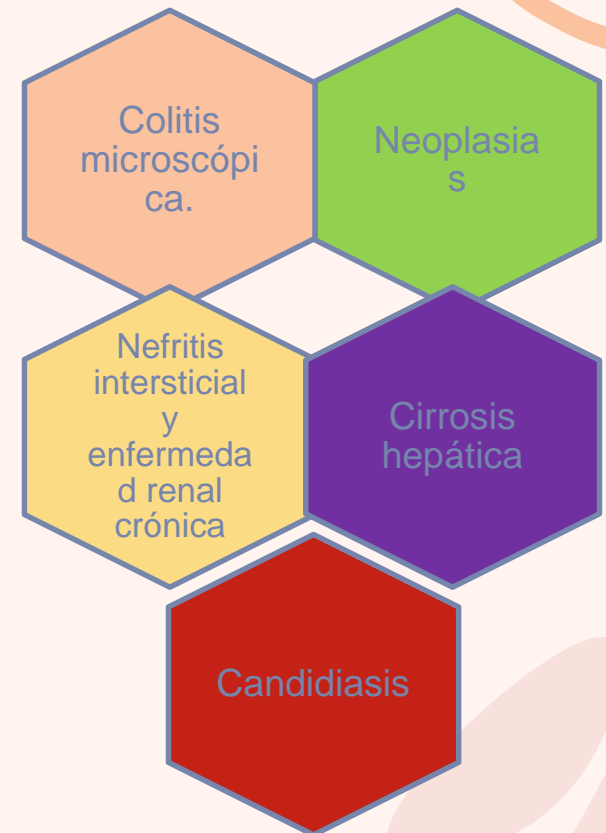
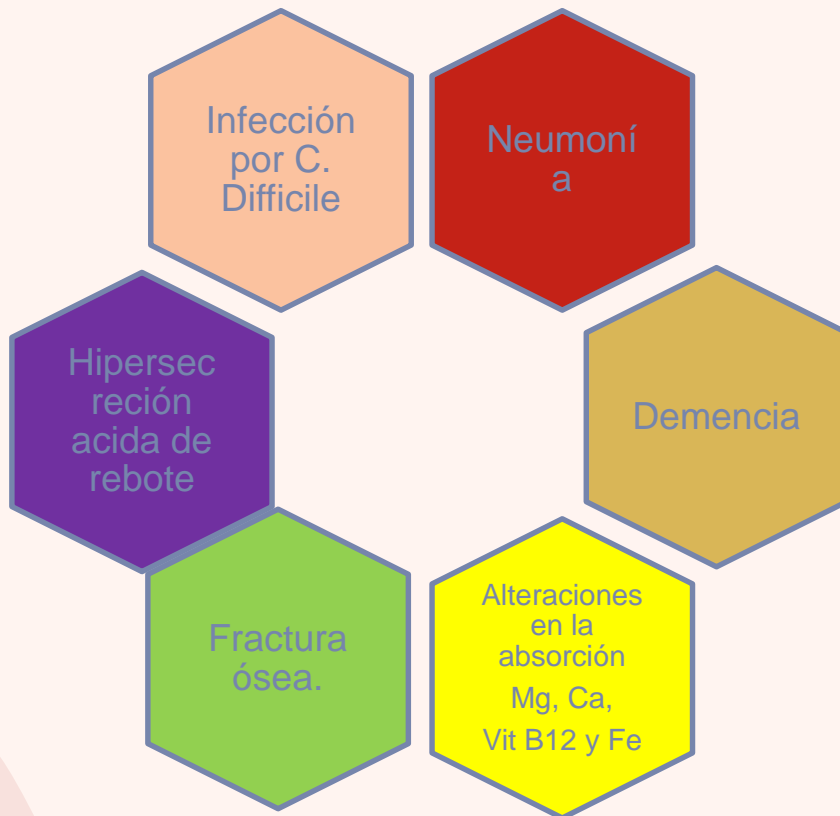
**RIESGO DE HIPOMAGNESEMIA ASOCIADO A LOS
MEDICAMENTOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE
PROTONES (IBP)**

Fecha de publicación: 23 de diciembre de 2011

- **Valorar la posibilidad diagnóstica de hipomagnesemia ante la aparición de sintomatología compatible no explicada en pacientes en tratamientos prolongados con IBP.**

- **Considerar la posibilidad de realizar determinaciones plasmáticas de magnesio (previo al inicio y periódicamente durante el tratamiento) a aquellos pacientes:**
 - **Sometidos a tratamientos prolongados con IBP.**
 - **Que estén tomando IBP junto con digoxina o cualquier otro medicamento con capacidad para reducir los niveles plasmáticos de magnesio (ej.: diuréticos).**

EFFECTOS SECUNDARIOS



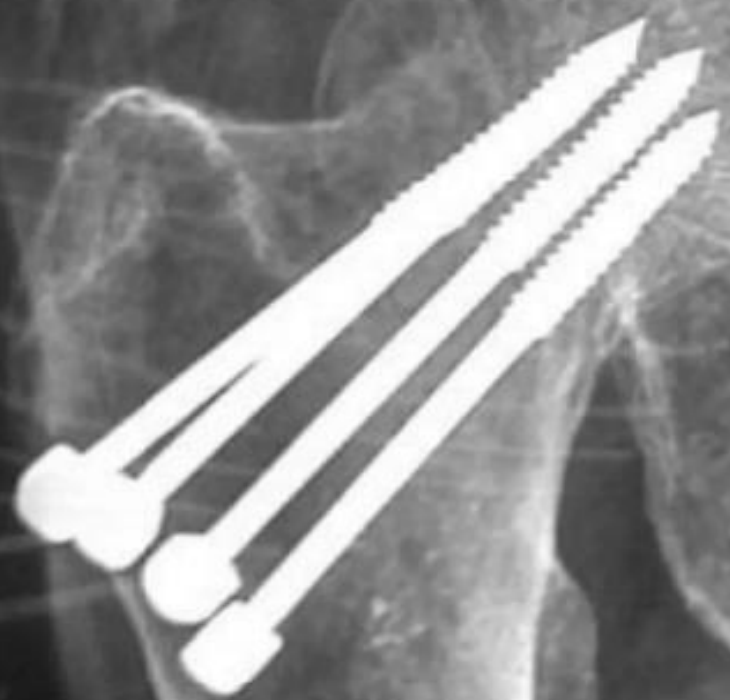
ALERTA DE LA FDA: IBP Y AUMENTO DE RIESGO DE FRACTURAS.

Desde hace dos años es conocida la asociación entre el consumo de IBP y las fracturas de cadera. Sin embargo, en base a nuevos estudios y revisiones, **la Food and Drugs Administration (FDA)**, ha realizado un comunicado de seguridad de medicamentos a los profesionales sanitarios y pacientes, sobre el **posible aumento del riesgo de fracturas, no sólo de cadera, sino también de muñeca y columna vertebral, con el uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP)** (omeprazol esomeprazol, lansoprazol, omeprazol, pantoprazol, rabeprazol)

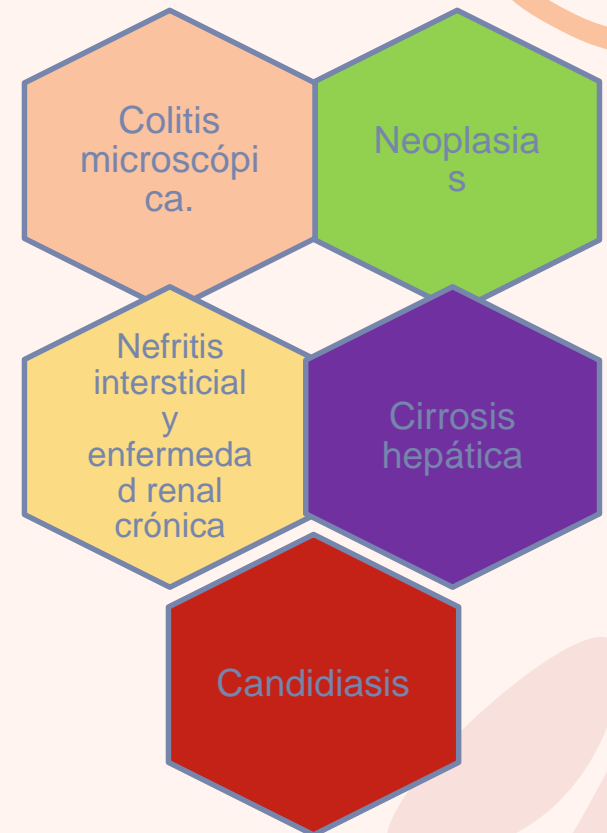
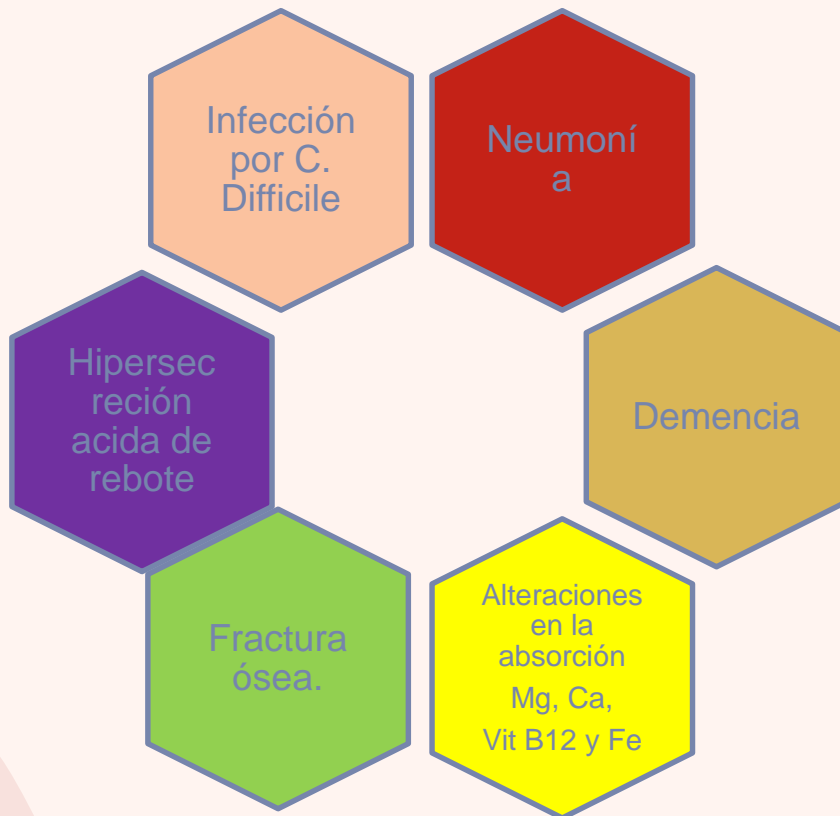
La nueva información de seguridad de la FDA, se basa en la revisión de varios estudios epidemiológicos, en donde se observó **mayor riesgo para estas fracturas en pacientes que han recibido altas dosis de IBP o los han utilizado durante un año o más. La mayoría de los estudios evalúa a personas de 50 años de edad o mayores**, y el aumento del riesgo de fractura se observó principalmente en este grupo de edad.

La FDA recomienda a los profesionales de la salud, que cuando se considere la prescripción de los IBP, se valore utilizar la dosis más baja eficaz y durante el menor tiempo posible.

Fractura de cadera en mujeres postmenopáusicas, sobre todo en fumadoras.



EFFECTOS SECUNDARIOS



INTERACCIONES

- Alteración del PH gástrico.
 - ↓ absorción de: Ketoconazol, Itraconazol, vit B12 y Ca.
 - ↑ absorción de: Digoxina, Furosemida, AAS y Nifedipino.
- Metabolismo por cit CYP2C19 y CYP3A4. Prolongan la eliminación de Fenitoína, Warfarina, Acenocumarol, Diazepam.

DEPRESCRIPCION

- Los pacientes y médicos temen la deprescripción.
- 80% libre de síntomas si reducción gradual.
- Indicar duración IBP al inicio del tratamiento.
- Involucrar a pacientes y cuidadores.
- Explicar al paciente porque vamos a deprescribir.
- Ensayo de deprescripción.
- Folleto explicativo.






Cuando se necesita **OMEPRAZOL, ESOMEPRAZOL, LANSOPRAZOL, PANTOPRAZOL o RABEPRAZOL**, debe ser a la menor dosis y duración posible.

Si llevas mucho tiempo tomando alguno de ellos, quizás sea el momento de que, junto a tu profesional sanitario, te plantees disminuir la dosis o dejar de tomarlos.



Y PARA DEJARLO, ¿QUÉ OPCIONES TE PUEDEN PROPONER?

- 1** Disminuir la cantidad de medicamento a la mitad cada semana hasta dejar de tomarlo. 
- 2** Aumentar el tiempo entre tomas. Ir espaciando cada 2 o 3 días hasta dejar de tomarlo. 
- 3** Dejar de tomarlo. 

El estómago puede estar acostumbrado a los efectos del medicamento. Si vuelves a tener síntomas, tómalo de nuevo hasta que se pasen.

Recuerda: ¡No debes dejar de tomarlo por tu cuenta!

CONSEJOS para lidiar con el ardor

- ☞ Controla los alimentos que lo producen (comidas grasas, menta, chocolate, café –aunque sea descafeinado–, cítricos, refrescos con gas y comidas especiadas) y evita tomar alcohol.
- ☞ Haz 4 o 5 pequeñas comidas diarias.
- ☞ Controla tu peso, en caso de sobrepeso u obesidad.
- ☞ Un antiácido puede ser útil si ocasionalmente tienes ardor.
- ☞ El tabaco empeora la situación. Anímate a dejar de fumar.
- ☞ Evita prendas y cinturones apretados.
- ☞ No te tumbes justo después de comer.
- ☞ Eleva la cabecera de la cama.





"Protectores de estómago" ¿Siempre necesarios?

¿Qué son los Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP) y para qué se utilizan?

Los inhibidores de la bomba de protones, mal llamados "protectores del estómago" (omeprazol, esomeprazol, lansoprazol, pantoprazol y rabeprazol), están indicados para tratar o prevenir síntomas estomacales (ardor, reflujo, úlceras, etc.) porque impiden que el estómago produzca mucho ácido.

¿Cómo hay que tomarlos?

Aunque se les ha atribuido un efecto protector, en muchas personas que toman tratamientos crónicos no es necesario su uso. Su médico le indicará si debe tomarlos. Se aconseja utilizar los IBP a la menor dosis y duración posible. Existen situaciones en las que el uso prolongado está justificado, pero no es infrecuente que se utilicen durante más tiempo del necesario. Tomar varios medicamentos NO justifica su uso.

¿Tienen algún efecto secundario?

En general, son medicamentos seguros y bien tolerados. No obstante, si se usan durante largos periodos pueden ocasionar algunas complicaciones y/o interacciones con otros medicamentos. Es importante utilizarlos cuando están indicados, a la menor dosis y duración posible.



¿Debo dejarlos?

Estos tratamientos no deben ser "de por vida", requieren reevaluación periódica. Si lleva mucho tiempo tomando alguno de estos medicamentos, no debe dejar de tomarlos por su cuenta ni de forma brusca. Si es el momento de suspender el fármaco, su médico se lo hará saber después de evaluar las enfermedades que padece y el tratamiento que recibe.



¿Cómo dejarlos?

Habitualmente se aconseja dejar de tomarlos poco a poco. Se recomienda tomarlo cada 2 ó 3 días, en vez de todos los días. Tras un mes siguiendo esta recomendación, dejará de tomarlo definitivamente. El estómago puede estar acostumbrado a los efectos de estos medicamentos. Si vuelve a tener síntomas consulte con su médico.

Consejos para aliviar los síntomas de acidez o molestias gástricas

- Reducir el consumo de alcohol y evitar el tabaco.
- Evitar los alimentos que le produzcan "ardor".
- Evitar las comidas copiosas.
- No acostarse justo después de comer.

La información aquí contenida en ningún caso sustituye las recomendaciones de su profesional sanitario. Este folleto ha sido elaborado conjuntamente por médicos especialistas del Servicio de Digestivo y de la Gerencia de Atención Primaria, y por farmacéuticos especialistas de la subdirección de Farmacia del SNS-O.

"URDAIL-BABESAK" BETI DIRA BEHARREZKOAK?



BOTIKA BAT
BAINO GEHIAGO
HARTZEAK EZ DU
HAIEK ERABILERA
JUSTIFIKATZEN



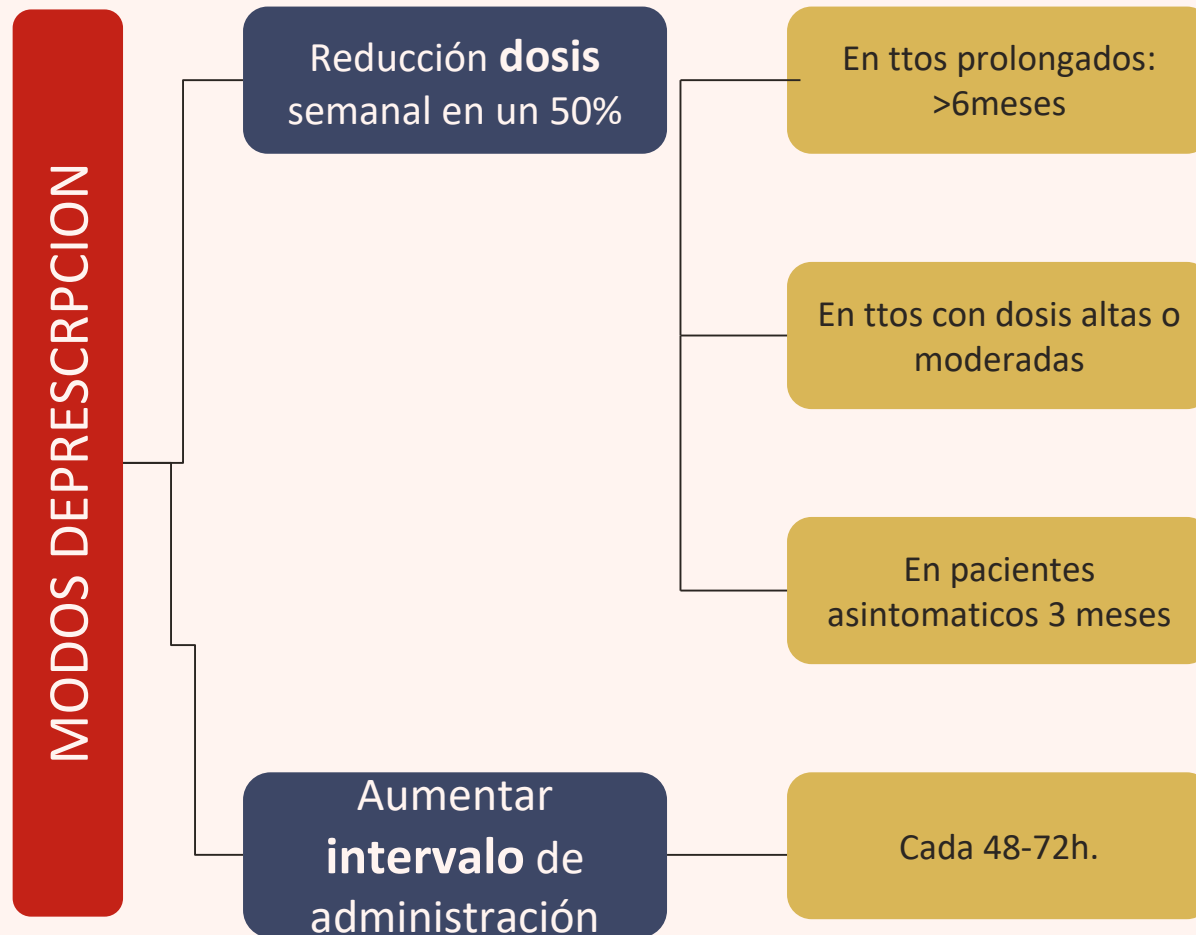
Nafarroako Gobernua
Gobierno de Navarra



Algunas de las recomendaciones para reducir los efectos adversos gastrointestinales de los AINEs:

- ✓ Utilizar las dosis mas bajas posibles de AAS, AINE o COX-2.
- ✓ Emplear AINE de corta duración. Intentar no usar las formas “retard” o de liberación lenta.
- ✓ Reducir o suspender (si es posible) el uso de varios fármacos que aumenten el riesgo de sangrado a la vez.
- ✓ Tomar AINE después de las comidas.
- ✓ Evitar el consumo de alcohol y abandonar o reducir el tabaquismo.
- ✓ Usar preparados con cubierta entérica y no masticarlos, sino tragarlos enteros.

COMO REALIZAR LA DEPRESCRIPCION



CASOS CLÍNICOS Y RECOMENDACIONES

- CASO CLÍNICO 1.



Mujer, 30 años sin antecedentes de interés, acude a nuestra consulta por **dolor lumbar** de 48h de evolución. Se diagnostica de lumbalgia aguda, y se le pauta **Ibuprofeno** 600mg cada 8h. ¿Debe tomar **Omeprazol**?

CASOS CLÍNICOS Y RECOMENDACIONES

NO

CASOS CLÍNICOS Y RECOMENDACIONES

- En pacientes <60 a, sin síntomas de patología digestiva y sin FFRR de úlcera péptica ni HDA, que se pauten tratamiento con AINE de forma aguda, se recomienda no asociar IBP. *Grado de recomendación A.*
- Se propone utilizar IBP en pacientes <60 a con alto riesgo de HDA en tratamiento con AINE de forma aguda. *Grado de recomendación B*

CASOS CLÍNICOS Y RECOMENDACIONES

- En pacientes <60 a sin síntomas de patología digestiva y sin FFRR de úlcera péptica ni HDA, que tengan pautado tratamiento con AINE de forma crónica, se recomienda no asociar IBP. *Grado de recomendación A.*
- Se propone usar IBP en pacientes < 60 a con FFRR de HDA, en tratamiento con AINE de forma crónica. *Grado de recomendación B.*

CASOS CLÍNICOS Y RECOMENDACIONES

- CASO CLÍNICO 2

Esta misma mujer, acude tras una semana de tratamiento, "con el Ibuprofeno le va bien" pero refiere **molestias gástricas**.
¿Omeprazol?

CASOS CLÍNICOS Y RECOMENDACIONES

“SI”

CASOS CLÍNICOS Y RECOMENDACIONES

- CASO CLÍNICO 3



Paciente de **69 años** con dolor torácico atípico y disnea multifactorial, glaucoma, BMN no tóxico. Toma Atorvastatina 20mg, Bisoprolol 2,5mg e Indapamida 2,5mg. Acude por dolor en rodilla y le pautamos **Diclofenaco** cada 8h.¿
Gastroprotección?

CASOS CLÍNICOS Y RECOMENDACIONES

SI

CASOS CLÍNICOS Y RECOMENDACIONES

- Se recomienda asociar IBP en >60 a con antec de HDA a los que se pauta un inhibidor COX2, de forma crónica. *Grado de recomendación A.*
- Se recomienda prescribir AINE o inhibidor COX2 en la menos dosis efectiva por un periodo de tiempo lo mas corto posible. *Grado de recomendación A.*

CASOS CLÍNICOS Y RECOMENDACIONES

- CASO CLÍNICO 4



Varón de **52 años**, sin antecedentes médicos que tras salir de una zanja, presenta **dolor a nivel costal izq.** Se pide Rx de tórax y se pauta **Paracetamol 650mg** cada 8h. ¿IBP?

CASOS CLÍNICOS Y RECOMENDACIONES

NO

CASOS CLÍNICOS Y RECOMENDACIONES

- Pasadas 12h, no control del dolor y disnea y acude al SUH. Rx y exploración normal. **Se añade Diclofenaco** y calor seco al tratamiento.¿IBP?

CASOS CLÍNICOS Y RECOMENDACIONES

NO

CASOS CLÍNICOS Y RECOMENDACIONES

- No se recomienda gastroprotección en pacientes en tratamiento con Paracetamol a dosis de 4g/día. *Grado de recomendación A.*
- En pacientes que toman Paracetamol y AINE se sugiere realizar la gastroprotección que esté recomendada por la utilización de los AINES , independientemente de la dosis de Paracetamol. *Grado de recomendación C*

CASOS CLÍNICOS Y RECOMENDACIONES

- CASO CLÍNICO 5



Varón de 58 años en tratamiento con **AAS**
100mg ¿IBP?

CASOS CLÍNICOS Y RECOMENDACIONES

NO

CASOS CLÍNICOS Y RECOMENDACIONES

- Mismo paciente, con odinofagia. Se pauta **Diclofenaco 50mg** cada 8h durante unos días.¿IBP?



CASOS CLÍNICOS Y RECOMENDACIONES

SI

CASOS CLÍNICOS Y RECOMENDACIONES

- En pacientes menores de 60 a, sin síntomas de patología digestiva y sin antec de úlcera péptica ni HDA, en tratamiento crónico con AAS o antiagregantes, se recomienda no asociar IBP. *Grado de recomendación A.*
- En pacientes con bajas dosis de AAS o con Clopidogrel, sin otros FFRR, se recomienda no asociar IBP. *Grado de recomendación A.*

CASOS CLÍNICOS Y RECOMENDACIONES

- Se recomienda usar gastroprotección si:
 - Historia previa de úlcera o sangrado GI. *Grado de recomendación A.*
 - Tratamiento concomitante con AINE. *Grado de recomendación A.*
- Se propone usar gastroprotección si:
 - Tratamiento concomitante con anticoagulantes. *Grado de recomendación B.*
 - >60 a. *Grado de recomendación B*

CASOS CLÍNICOS Y RECOMENDACIONES

- CASO CLÍNICO 6



Paciente de **29 años** dado de alta por IAM repermeabilizado con 2 stents. En tratamiento con **Clopidogrel y AAS** entre otras cosas. ¿Gastroprotección con IBP?

CASOS CLÍNICOS Y RECOMENDACIONES

SI

(Tratamiento con AAS a dosis
antiagregante y comorbilidad CV grave)

CASOS CLÍNICOS Y RECOMENDACIONES

- En pacientes en tratamiento con Clopidogrel que precisen IBP se propone no asociar Omeprazol ni Esomeprazol y en caso de ser inevitable, usar Pantoprazol. *Grado de recomendación B.*
- Nuevos anticoagulantes: Según ficha técnica, Pantoprazol y otros IBP se administraron simultáneamente con Dabigatrán en ensayos clínicos y el tratamiento concomitante no mostró reducción de la eficacia

CASOS CLÍNICOS Y RECOMENDACIONES

- CASO CLÍNICO 7



Paciente de **48 años**, anticoagulado con **Sintrom** por **FA**.
Atorvastatina, Enalapril y Bisoprolol.¿ Gastroprotección?

CASOS CLÍNICOS Y RECOMENDACIONES

NO

CASOS CLÍNICOS Y RECOMENDACIONES

- El paciente anterior, tiene un episodio de **cólico nefrítico**, se pauta Diclofenaco cada 8h.
¿ Gastroprotección?

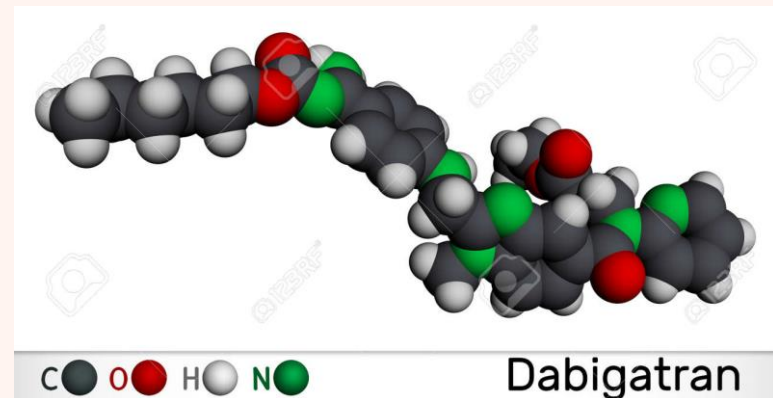


CASOS CLÍNICOS Y RECOMENDACIONES

SI

CASOS CLÍNICOS Y RECOMENDACIONES

- CASO CLÍNICO 8



Paciente de **70 a** con buena calidad de vida, HTA, no DM. **FA** paroxística en tratamiento con **Dabigatrán**. ¿ Precisa gastroprotección?

CASOS CLÍNICOS Y RECOMENDACIONES

SI

CASOS CLÍNICOS Y RECOMENDACIONES

- En pacientes mayores de 60 años en tratamiento con anticoagulantes se propone asociar IBP. *Grado de recomendación B.*
- En pacientes con antecedentes de HDA o úlcera péptica en tratamiento con anticoagulantes se propone asociar IBP. *Grado de recomendación B.*
- En pacientes en tratamiento concomitante con anticoagulantes y AAS crónico se sugiere asociar IBP. *Grado de recomendación C.*

CASOS CLÍNICOS Y RECOMENDACIONES

- En pacientes en tratamiento concomitante con anticoagulantes y AINE se propone asociar IBP. *Grado de recomendación B.*
- En pacientes con tratamiento anticoagulante que precisen tratamiento simultáneamente con un antiinflamatorio, se ha sugerido que los inhibidores COX-2 no aumentan de forma significativa el riesgo de hemorragia digestiva respecto al tratamiento con un anticoagulantes solo. *Grado de recomendación C.*

CASOS CLÍNICOS Y RECOMENDACIONES

- CASO CLÍNICO 9



Paciente de **63 años** de edad, tratada con **ISRS** por depresión tras independizarse un hijo suyo y marchar a otra ciudad. Acude por dolor cervical y se pauta **AINE** ¿Gastroprotección?

CASOS CLÍNICOS Y RECOMENDACIONES

SI

CASOS CLÍNICOS Y RECOMENDACIONES

- En pacientes menores de 60 años que precisen ISRS, no asociados a otros fármacos gastrolesivos y sin factores de riesgo, no hay evidencias suficientes para sugerir la indicación de gastroprotección. *Grado de recomendación C.*
- En pacientes en tratamiento concomitante con ISRS y fármacos gastrolesivos como AINE o antiagregantes se sugiere indicar gastroprotección. *Grado de recomendación C*

CASOS CLÍNICOS Y RECOMENDACIONES

- POLIMEDICADOS

No hay evidencias suficientes para sugerir la indicación de gastroprotección en pacientes polimedicados sin factores de riesgo y cuyos tratamientos no se incluyan en los apartados anteriormente citados. *Grado de recomendación B*

CONCLUSIONES

Los IBPs se deben emplear solo cuando sean estrictamente necesarios, el tiempo menor posible y en las indicaciones recomendadas.

El Omeprazol es el IBP de elección por su perfil de seguridad, eficacia y coste. Salvo cuando existen problemas por interacciones o reacciones adversas.

Los IBPs no deben ser considerados como fármacos inocuos, es necesario eliminar el concepto de que son protectores gástricos inofensivos y controlar la aparición de reacciones adversas e interacciones.



Recomendaciones

- Revisar indicaciones de uso.
- Valorar la población candidata al tratamiento.
- Verificar los tratamientos en las transiciones asistenciales.
- Evitar dosis elevadas y tratamientos prolongados innecesarios.
- Detectar duplicidades en los distintos niveles asistenciales
- Explicar al paciente la posibilidad de retirada del fármaco.

BIBLIOGRAFIA

- Saiz Ladera GM, Pejenaute Labari ME, García Pascual JN. Actualización en la prescripción de inhibidores de la bomba de protones. Qué hacer y qué no hacer [Updating in prescription of proton pump inhibitors. What to do and what not to do]. Semergen. 2021 May-Jun;47(4):267-279. Spanish. doi: 10.1016/j.semerg.2020.09.011. Epub 2020 Nov 19. PMID: 33223372.v
- Guía de práctica clínica (Empleo de los IBP) en la prevención de gastropatías secundarias a fármacos. Grupo de trabajo sector Zaragoza I.
- Turner JP, Thompson W, Reeve E, Bell JS. Deprescribing proton pump inhibitors. Aust J Gen Pract. 2022 Nov;51(11):845-848. doi: 10.31128/AJGP-07-22-6497. PMID: 36310001.
- Strand DS, Kim D, Peura DA. 25 Years of Proton Pump Inhibitors: A Comprehensive Review. Gut Liver. 2017 Jan 15;11(1):27-37. doi: 10.5009/gnl15502. PMID: 27840364; PMCID: PMC5221858.
- Protocolos Conjuntos De Atención Primaria-atención Especializada Para El Manejo De Medicamentos Dirección Territorial De Ceuta Gerencia De Atención Sanitaria Dirección De Atención Especializada – Dirección De Atención Primaria Enero/ Junio 2020.
- AMF. Estudio de utilización de antiulcerosos en España(2000-2008). García del Pozo J. Dirección General de Farmacia y productos sanitarios. https://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol33_2Antiulcerosos.pdf.
- AMF. Inhibidores de la bomba de protones. Julio Bonis Sant. Vol 8.Nº3. Abril 2012.



**MUCHAS
GRACIAS**