Servicio Canario de la Salud
Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

FICHA TERAPÉUTICA Nº3 de 2008.

Uso Racional del Medicamento.

Inhibidores bomba protones.

Ninguno de los inhibidores de la bomba de protones (IBP) nuevos ofrece ventajas clínicamente significativas frente al omeprazol en términos de eficacia, seguridad, conveniencia y coste.

A dosis equipotentes, todos los IBP son igual de eficaces.

OMEPRAZOL es el IBP de *1ª elección* en todas las indicaciones autorizadas.

Las posibles interacciones farmacológicas no justifican, en la mayoría de los casos, el cambio de OMEPRAZOL por otros IBP.

DOSIS EQUIPOTENTES

20 mg OMEPRAZOL= 30 mg LANSOPRAZOL = 40 mg PANTOPRAZOL = = 20 mg RABEPRAZOL = 20 mg ESOMEPRAZOL.

DOSIS OMEPRAZOL PARA LAS INDICACIONES AUTORIZADAS* (Ficha Técnica)

Erradicación de Helicobacter pylori.	20- 40 mg/12 horas**, 1 semana.**
Tratamiento de la úlcera péptica.	20 mg/24 horas **(UD: 2-4 sem; UG: 4-8 sem).**
Prevención de la gastropatía por AINEs.	20 mg/24 horas, **mientras AINE.**
Tratamiento de la úlcera inducida por AINEs.	20 mg/24 horas, **4 semanas.**
Tratamiento sintomático de la ERGE.	20 mg/24 horas, **4 semanas.**
Tratamiento de la esofagitis erosiva.**	20- 40 mg/24 horas, **4-8 semanas**.
Tratamiento de mantenimiento de la ERGE.	10-20 mg/24 horas, **6-12 meses.**
Tratamiento del Sd Zollinger-Ellison.	60 mg/24 horas **de inicio y según evolución.**

*Aunque son fármacos que se utilizan en la **dispepsia**, esta indicación **no se encuentra entre las autorizadas** de los IBP.

- Dispepsia no investigada (con predominio de dolor o ardor epigástrico, recurrente). Hoy por hoy, en pacientes<55 años y sin signos de alarma, la estrategia recomendada es la terapia antisecretora empírica con IBP.
- Dispepsia funcional. Tras endoscopia, una vez descartada la presencia de úlcera, cáncer u otras causas (fármacos gastrolesivos, patología biliar,…) y en caso de predominar los síntomas ulcerosos, el tratamiento recomendado también es con IBP a dosis estándar, durante 4 semanas.

** Esomeprazol no presenta ventajas frente a OMEPRAZOL para el tratamiento de la ERGE con esofagitis (las dosis, de 40 mg de esomeprazol frente a 20 mg de omeprazol empleadas en los estudios, no eran equivalentes).

INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS DE LOS IBP

Relacionadas con la supresión ácida	Son las más relevantes, pero constituyen un **efecto de clase** y, por tanto, **afectan a todos los IBP.** - Reducción de la absorción de **ketoconazol, itraconazol, vitamina B12, hierro y calcio.** - Incremento de la absorción de **digoxina.**
Relacionadas con la vía de metabolización	Todos los IBP (incluído rabeprazol) se metabolizan por el CYP450 (CYP2C19 y CYP34A). Las interacciones no tienen gran trascendencia clínica: - Con **fenitoína** y **warfarina.** Sólo se han comunicado con dosis de 40 mg de omerpazol. Requieren controlar los niveles plasmáticos. No obstante, con respecto al **acenocumarol (sintrom®),**anticoagulante más utilizado en nuestro medio**, no se han descrito interacciones con omeprazol.** - Con **diazepam** (y otras BZD metabolizadas igual) requerirán controlar la dosis. En tratamientos concomitantes y crónicos, mejor elegir una BZD que se metabolice por glucuroconjugación (loracepam, oxacepam temazepam).

OMEPRAZOL EN PACIENTES CON IMPOSIBILIDAD PARA TRAGAR.

Omeprazol puede utilizarse en pacientes con imposibilidad para tragar.

Los IBP son lábiles en medio ácido. Se presentan en cápsulas que contienen microgránulos con cubierta entérica (OMEPRAZOL, LANSOPRAZOL-éste último, también en comprimidos bucodispersables-) o en comprimidos gastrorresistentes (PANTOPRAZOL, RABE-

Servicio Canario de la Salud
Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

FICHA TERAPÉUTICA Nº3 de 2008.

Uso Racional del Medicamento.

Inhibidores bomba protones.

PRAZOL, ESOMEPRAZOL).

En caso de ***dificultad para tragar***, los comprimidos gastrorresistentes (esomeprazol) se puede dispersar en agua. Esto no es una ventaja tal ya que, las cápsulas de OMEPRAZOL también **se pueden abrir y suspender su contenido** en un líquido que sea ligeramente ácido (jugo, yogourt).

Lo que no se puede hacer en ninguno de los dos casos es masticar ni triturar los microgránulos o los comprimidos**.**

PREVENCIÓN DE LA GASTROPATÍA POR AINES

Se debe hacer profilaxis de la gastropatía por AINEs (**OMEPRAZOL** *de elección* aunque también podría ser con **misoprostol**) ante la instauración de un **tratamiento regular con AINEs** en pacientes que presentan **algún factor de riesgo** para el desarrollo de la misma. No está justificado gastroproteger si no hay factores de riesgo.

No es preciso tratamiento preventivo de la gastropatía por AINEs en:

- Pacientes jóvenes (cuando no concurren ningún factor de riesgo)
- En caso de tratamientos de corta duración con AINEs*.
- Cuando se reciban varios medicamentos si no hay ninguno gastrolesivo entre ellos.

PREVENCIÓN DE LA GASTROPATÍA POR AINES

Mayores de 65 años
Antecedentes personales de ulcus gastroduodenal y/o HDA.
Uso concomitante de AINEs con corticoides sistémicos* (más de 20 mg/día) o anticoagulantes. Más de un AINE a la vez.
Existencia de enfermedad sistémica grave.
Pacientes que reciben aspirina a dosis baja para prevención cardiovascular, si además necesitan un AINE o presentan historia previa de úlcera o sangrado gastrointestinal.
Necesidad de tratamiento prolongado con AINEs a dosis máximas.

*El uso concomitante de glucocorticoides y AINEs multiplica por 10 el riesgo de úlcera. Sin embargo, según la evidencia disponible, los glucocorticoides per se parecen no aumentar el riesgo de úlceras y sus complicaciones. Por tanto, cuándo se indican corticoides solos (especialmente en tratamientos cortos) no es indispensable el uso de IBP como gastroprotección.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

- Inhibidores de la bomba de protones:¿Cuál debo usar?. Boletín Farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha. Vol III, Nº4. Año 2007.
- Inhibidores de la bomba de protones: cuál y cuándo utilizarlos. FAP. Volumen 1, nº 1. Octubre 2003.
- Salud Madrid. Notas Farmacoterapéuticas. Inhibidores de la bomba de protones. Vol 14. Num 7. Año 2007.
- J. Marrero Francés. Interacciones medicamentosas de los antiulcerosos. Sº Urgencias. Clínica Puerta de Hierro. Madrid.
- Profilaxis de la gastropatía por AINEs. Servcio de Farmacología. Complejo Hospitalario de Santiago. Vol 1-Nº 3.
- Inhibidores de la bomba de protones. Enero 2005. Area de evaluación de medicamentos. Sº de Farmacia. Principado de Asturias.
- Antiinflamatorios no esteroideos y gastroprotección. Boletín Terapéutico Andaluz. Año 2005, Volumen 21 nº 3.
- Nacional Institute for Clinical Excellence. Osteoarthritis and rheumatoid artritis: cox II inhibitors: Guidance. 25 July 2001.
- Guía Terapéutica semFYC basada en la evidencia. 3ª edición.

Autores: Padilla Luz A (Farmacéutico de AP, GAP de Tenerife); Gómez Rodríguez de Acuña A. (Médico de Familia, GAP de Tenerife); González Gómez CM (Farmacéutica de AP, GAP de Tenerife); Pérez Cánovas E (Médico de Familia, Directora Médico, GAP de Tenerife); Fuentes Galindo MI (Médico de Familia, Gerente, GAP de Tenerife).
Edita: Gerencia Atención Primaria de Tenerife. Departamento de Farmacia. Uso Racional del Medicamento / SERVICIO CANARIO DE SALUD.
ISSN: 2386-6535.
Todas las publicaciones se pueden consultar a través de la Web de Servicio Canario de la Salud http://http://www3.gobiernodecanarias.org/scs/gaptfformacion/course/category.php?id=281