



Boletín de Uso Racional de Medicamentos

Ministerio de Salud de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur

**Programa Provincial de
Uso Racional de
Medicamentos y
Tecnología Sanitaria.**

**VOLUMEN 1 • NÚMERO 3
AÑO 2010**

*Información sobre terapéutica
farmacológica con un enfoque
basado en pruebas científicas sobre
seguridad, efectividad y costo-
efectividad*

Programa provincial de Uso Racional de Medicamentos TDF

23 de noviembre de 2010

IBP: uso en dispepsia y prevención de úlceras.

En este número

- 1 **IBP: dispepsia y profilaxis**
- 4 **Reglas para el uso seguro de fármacos**
- 5 **Terapéutica de la artrosis**

Se reconoce en varios países un uso excesivo de inhibidores de la bomba de protones en situaciones para las que no hay una indicación avalada por guías de práctica clínica. Por ejemplo, en España un 8,5% de individuos de la población general toman diariamente inhibidores de la bomba de protones (IBP), mientras que en Italia es un 2%; esta diferencia notoria (más del triple) no es atribuible a diferencias de prevalencia de enfermedades entre ambos países.

Hay diferentes guías elaboradas para el tratamiento de la dispepsia y varias posibilidades terapéuticas.

Un enfoque del tratamiento de la dispepsia

A qué llamamos dispepsia: dolor abdominal superior, epigastralgia, pesadez postprandial, sensación de saciedad precoz, distensión abdominal, eructos, pirosis, náuseas, vómitos, que suelen combinarse entre sí, pueden o no estar relacionados con la ingesta de alimentos

Buscar signos de alarma: anemia ferropénica, sangrado gastrointestinal macroscópico reciente, pérdida de peso, disfagia, vómitos persistentes, masa abdominal. La endoscopia digestiva es mandatoria ante estos signos de alarma.

Corregir hábitos o medicaciones que empeoren los síntomas:

- Evitar el consumo de alcohol.
- Abandonar o reducir el consumo de tabaco.
- Evaluar el consumo de fármacos, en especial **AINE** de uso habitual otros tratamientos prescritos (**sales de hierro, potasio, calcio, anticolinérgicos, nitratos, nitritos, antagonistas del calcio, calcitonina, estrógenos, ansiolíticos, antidepresivos, teofilina, opiáceos, agonistas beta-adrenérgicos, antiparkinsonianos, digital, amiodarona, colchicina, bromocriptina, acarbosa, alendronato, corticoides**),
- Masticar despacio. No tomar gaseosas, ni masticar chicle.
- Comer pequeñas cantidades varias veces al día.
- Evitar las legumbres para disminuir el meteorismo.
- Evitar la ingesta de grasas por sus efectos inhibidores sobre la motilidad gástrica.
- Recomendar ejercicio físico moderado y control de peso.
- Instruir al paciente para que evite aquellos alimentos que sabe que le sientan especialmente mal.

Tratamiento farmacológico: Si el paciente no presenta las banderas rojas mencionadas se puede optar por realizar un tratamiento empírico con inhibidores H₂ o IBP por 4 semanas o probar con un proquinético si no hay mejoría (AS cubre domperidona y metoclopramida).

Los IBP son más eficaces que los antiácidos y los inhibidores H₂ en aliviar los síntomas de la dispepsia no ulcerosa según una revisión Cochrane.

El fármaco de elección en este caso es el omeprazol. La dosis indicada es 20 mg/día.

Ante la recurrencia de síntomas se puede realizar la endoscopia, si no fue realizada en el inicio, en esa oportunidad en busca de úlcera, cáncer, reflujo gastroesofágico o dispepsia no ulcerosa. La presencia de gastritis en la endoscopia no indica necesidad de un tratamiento prolongado con IBP.

¿Qué hacer ante la situación tan frecuente de recurrencia de síntomas?

Está recomendado realizar tratamiento a demanda para controlar los síntomas o en forma intermitente de 2 a 4 semanas. En este sentido, no está justificado realizar tratamiento de manera indefinida. Esta situación ocurre en la práctica diaria aunque no cuenta con base científica y es contraria al principio de utilizar los medicamentos durante el período de tiempo estrictamente necesario.

La Guía de Dispepsia del NICE recomienda que si se ha excluido el cáncer, la úlcera *H. pylori* positiva y se han corregido los hábitos que pueden provocar dispepsia, el paciente puede recibir alginatos o antiácidos de venta libre a demanda para control de síntomas y tener un control anual.

Seguridad de los IBP:

El uso de omeprazol se ha asociado a un aumento del riesgo de contraer neumonía, fracturas, nefritis intersticial. La interacción del clopidogrel con omeprazol por inhibición del CYP2C19, evitando la formación del metabolito activo del clopidogrel es motivo de controversia dado que no es clara la relevancia clínica de este evento farmacocinético.

Indicaciones:

- Tratamiento de la úlcera gastroduodenal por 2-4 semanas.
- Tratamiento de la enfermedad por RGE por 4-8 semanas.
- Mantenimiento de la ERGE por 6 a 12 meses.
- Erradicación de *Helicobacter pylori* por 7 días.
- Prevención de la úlcera gastroduodenal inducida por AINE en pacientes de alto riesgo.
- Síndrome de Zollinger Elison

Es de notar que hay una sobreutilización de los IBP en la práctica diaria y que muchas prescripciones obedecen a indicaciones no muy claras.

Prevención de la úlcera gastroduodenal:

Aquí es donde la literatura también identifica un exceso de prescripción.

El hecho de que los pacientes reciban AINE o estén polimedicados no es una indicación para utilizar IBP.

Hay un subgrupo de pacientes con alto riesgo para sangrado digestivo que se beneficia de la profilaxis con IBP.

La literatura reconoce una sobreutilización de los IBP

Fundamentalmente en la prevención de úlceras por AINE y en la profilaxis de hemorragia digestiva en pacientes hospitalizados

Los factores de riesgo para identificar a este subgrupo son:

- **Pacientes con historia de úlcera o sangrado digestivo.**
- **Mayores de 65 años.**
- **Tratamiento concomitante con corticoides o anticoagulantes orales.**
- **Presencia de enfermedad cardiovascular, renal o hepática severa.**
- **Tratamiento con AINE a dosis altas por períodos prolongados.**
- **Tratamiento simultáneo con AAS a dosis bajas**

Cuadro 1

El uso de IBP para la profilaxis de hemorragia digestiva en los pacientes internados es rutinario en muchos hospitales. Sin embargo, los pacientes que se benefician de la profilaxis en este contexto son pacientes internados en Unidades de Terapia Intensiva con alto riesgo de desarrollar úlceras por stress (pacientes en ARM, quemados, neuroquirúrgicos).

No hay indicaciones de profilaxis de úlceras por stress en pacientes internados en salas generales. Se estima que un 50 a 60% de los pacientes internados recibe IBP sin indicación alguna.

Otro punto importante es la profilaxis en los pacientes que reciben sólo corticoides. La participación de los corticoides en la formación de úlceras sigue siendo discutida aunque se acepta que potencian el riesgo de padecer úlcera gastrointestinal cuando se administran con AINEs, por lo tanto en este último caso se justifica el uso de IBP en profilaxis del sangrado digestivo.

El 8 de noviembre de este año se ha publicado un consenso de ACCF/ACG/AHA sobre la prevención de sangrado digestivo en pacientes que reciben antiagregantes tienopiridínicos y recomienda usar IBP sólo en pacientes de alto riesgo de sangrado: **fundamentalmente los que han tenido un episodio previo de sangrado** y los que reúnen las características del cuadro 1.

Tolerancia y efecto rebote:

Se estima que a partir del tercer día de uso se puede desarrollar tolerancia al efecto de los IBP y que la suspensión debe hacerse en forma gradual para evitar síntomas de rebote.

Conclusiones

- **Los IBP son fármacos seguros en general, con buena relación costo-beneficio.**
- **Existe un sobreuso de estos fármacos que debe ser evitado.**
- **El fármaco de elección de este grupo es el omeprazol.**
- **No todos los pacientes internados o con tratamiento antiinflamatorio los requieren.**
- **Debe evaluarse la suspensión del tratamiento periódicamente.**
- **Los tratamientos indefinidos de mantenimiento deben ser evitados.**

Bibliografía

Dyspepsia – Management of dyspepsia in adults in primary care. *National Institute for Clinical Excellence, 2004.*

Informe justificativo de criterios de selección de medicamentos 2009. SELECCIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP). *Grupo Multidisciplinar Asesor en Uso Racional del Medicamento del Servicio Andaluz de Salud.*

Inhibidores de la bomba de protones: ¿Se puede vivir sin ellos? *Información Farmacoterapéutica de la Comarca Vol. 18, Nº 3, 2010. Sistema de Salud Vasco. Osteba*

Dyspepsia. A national clinical guideline. *Scottish Intercollegiate Guidelines Network. 2003*

10 Reglas para el uso más seguro de fármacos

(Adaptado de Worst pills, Best pills- http://www.worstpills.org/public/page.cfm?op_id=48#)

Regla 1: Realizar una lista de medicamentos

- ✓ Llenar una lista de medicaciones con el paciente sin olvidar las de venta libre.
- ✓ Anotar nombres comercial y genérico y las indicaciones.
- ✓ Enseñar al paciente a llevarla siempre, especialmente si consulta a un nuevo médico.

- ✓ La soledad, el aislamiento, la tristeza o las preocupaciones por los problemas de la vida cotidiana se enfrentan mejor con compañía de seres queridos, pasatiempos, salidas del hogar o psicoterapia que con ansiolíticos y antidepresivos cuando no hay una patología de base.
- ✓ No utilizar drogas para contrarrestar efectos adversos de otras.
- ✓ La hipertensión leve y la diabetes de comienzo en el anciano pueden ser tratadas con actividad física y descenso de peso.

Regla 2: Medicar sólo cuando es necesario

- ✓ Algunos expertos sugieren comenzar con un tercio de las dosis habituales y subirlento si se necesita.

Regla 3: Utilizar dosis bajas en ancianos

✓

- ✓ Utilizar únicamente los medicamentos esenciales para el paciente.

Regla 4:
Al agregar una droga revisar si es posible suspender otra.

Regla 5:
Suspender un tratamiento es tan importante como iniciarlo

- ✓ Revisar cada 3 o 6 meses la necesidad de continuar las medicaciones.
- ✓ Evaluar en un tiempo más corto para el caso de los ansiolíticos, hipnóticos y antidepresivos.

5

- ✓ Los síntomas nuevos al comenzar un tratamiento pueden ser una reacción adversa.
- ✓ Prestar especial atención a síntomas dispépticos, alteraciones mentales, trastornos de la memoria, impotencia sexual, síntomas urinarios obstructivos.

Regla 6:
Identificar las reacciones adversas

Regla 7:
Consultar ante una reacción adversa

- ✓ Instruir al paciente sobre las posibles reacciones adversas y pedirle que consulte si aparecen.

- ✓ Utilizar letra clara.
- ✓ Explicar cómo tomar el medicamento y cómo conservarlo.
- ✓ Supervisar a los pacientes con dependencia.

Regla 8:
Dar instrucciones claras sobre la medicación

Regla 9: Descartar medicaciones que no se usan

- ✓ La coordinación del tratamiento por parte de un único médico minimiza la posibilidad de reacciones adversas e interacciones peligrosas.

- ✓ Las medicaciones que sobran se "convidan" a personas conocidas con síntomas similares.
- ✓ Los pacientes pueden tomar medicaciones vencidas.

Regla 10: Centrar la atención en el médico de APS

Terapéutica de la artrosis

Introducción

La artrosis (OA) es una enfermedad articular degenerativa, crónica producida por la interacción de varios factores biomecánicos, metabólicos, genéticos, bioquímicos con inflamación secundaria. El proceso involucra la degradación y la reparación de cartílago, sinovial y hueso.

Los traumatismos, la sobrecarga de peso articular, la edad, la herencia genética las sustancias inflamatorias y las alteraciones de la función de los condrocitos son los procesos principales involucrados en su génesis. La manifestación clínica más sobresaliente es el dolor y la limitación a la movilidad articular.

Manejo terapéutico

Los objetivos terapéuticos son:

- Alivio del dolor
- Recuperar la movilidad articular
- Evitar la progresión de la enfermedad

Dentro del tratamiento tenemos herramientas farmacológicas y no farmacológicas (incluye también el tratamiento quirúrgico)

Medidas no farmacológicas:

Control del peso: La reducción del sobrepeso es una parte importante del tratamiento de la artrosis de rodilla y columna vertebral. Modestas reducciones de peso traen un alivio significativo del dolor y enlentecen o previenen la progresión de la enfermedad.

Reposo: el reposo por períodos cortos de tiempo de la articulación dolorosa trae alivio. No debe promoverse absoluto o indefinido de la articulación para no favorecer la atrofia muscular y la inmovilidad.

Fisioterapia y actividad física: los ejercicios destinados a mantener la movilidad articular, mejorar la fuerza muscular y distribuir adecuadamente la carga articular son eficaces en aliviar el dolor y minimizar la discapacidad. El plan debe ser elegido por el fisioterapeuta. Deben prescribirse ejercicios que protejan las articulaciones: natación, ciclismo, caminatas sobre terreno llano, Tai Chi, estiramiento. El ultrasonido tiene como fundamento generar calor profundo en la articulación y en los grupos musculares pero no ha demostrado superioridad con respecto al ejercicio. No es una recomendación en el tratamiento de la OA.

Frío-Calor: a pesar de la falta de pruebas científicas sobre la utilidad del calor se recomienda administrarlo por períodos alternados de 20 minutos. No es una terapéutica insegura. El frío disminuye el espasmo muscular y sube el umbral del dolor. No debe administrarse a pacientes con Raynaud, crioglobulinemia o hipersensibilidad al frío.

Medidas farmacológicas:

Paracetamol: por razones de seguridad, costo y efectividad es el fármaco de elección cuando el dolor es leve a moderado. Su eficacia es comparable en los estudios a AINEs.

Aniinflamatorios no esteroides: si la respuesta a paracetamol es insuficiente o el dolor es moderado a severo o hay signos de componente inflamatorio se pueden utilizar por vía sistémica. No hay diferencias entre los distintos AINEs a las dosis adecuadas, por lo tanto, la elección debe pasar por la seguridad, aceptación del paciente y el costo del medicamento. Ibuprofeno es una elección razonable en este caso.

El uso de AINEs por vía tópica ha demostrado ser superior a placebo cuando el dolor es leve a moderado. Por lo tanto, puede ser una alternativa cuando los AINEs sistémicos no son tolerados.

Opiodes: *Las pruebas que apoyan su utilización en OA son muy limitadas.*

Recomendaciones:

- En pacientes con dolor moderado a severo sin respuesta a paracetamol y los AINEs están contraindicados.
- La utilización de tramadol solo o con AINEs puede ser beneficiosa cuando éstos no controlan adecuadamente el dolor.

7

Medicamentos sintomáticos de acción lenta: el grupo comprende a la glucosamina, el condroitín sulfato y la diacereína.

Glucosamina es el fármaco más estudiado de este grupo. Los trabajos con esta droga son de baja calidad metodológica (pocos pacientes, corta duración, diagnóstico no estandarizado, entre otros). Comparada con placebo. Glucosamina demuestra en algunos trabajos, no en todos, una mejora de la sintomatología. En los trabajos controlados con ibuprofeno, glucosamina y diacereína muestran una eficacia similar a su comparador. No ocurre lo mismo con condroitín sulfato que no demuestra eficacia comparado con AINEs.

A este grupo de drogas se les ha atribuido un supuesto papel en la modificación del curso de la artrosis. Sólo hay en este sentido, dos ensayos que miden una reducción del espacio intraarticular con el uso de glucosamina y diacereína por tres años como supuesta expresión de crecimiento del cartílago y retraso de la progresión de la enfermedad. Este hallazgo es de dudoso significado en cuanto al curso de la enfermedad y no necesariamente se relaciona a alivio del dolor.

Por estas razones las pruebas sobre la efectividad de estos fármacos son muy débiles y **no pueden recomendarse para su uso rutinario en la artrosis.**

Bibliografía

Tratamiento Farmacológico de la Artrosis en Atención Primaria. *Boletín de Información Terapéutica de Asturias* Vol.6 N° 1; 2004

Obesity and knee osteoarthritis. The Framingham Study. *Felson DT; Anderson JJ; Naimark A; Walker AM; Meenan RF Ann Intern Med* 1988 Jul 1;109(1):18-24.

Physical therapy is effective for patients with osteoarthritis of the knee: a randomized controlled clinical trial. *Fransen M; Crosbie J; Edmonds J J Rheumatol* 2001 Jan;28(1):156-64.

Supervised fitness walking in patients with osteoarthritis of the knee. A randomized, controlled trial. *Kovar PA; Allegrante JP; MacKenzie CR; Peterson MG; Gutin B; Charlson ME Ann Intern Med* 1992 Apr 1;116(7):529-34.

Nonpharmacologic therapy of osteoarthritis *UptoDate* 18.1

Effect of ultrasound on mobility in osteoarthritis of the knee. A randomized clinical trial. *Falconer J; Hayes KW; Chang RW Arthritis Care Res* 1992 Mar;5(1):29-35.

