



**RESUMEN RECOMENDACIONES
DE LA
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA**

**EMPLEO DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE
PROTONES EN LA PREVENCIÓN DE GASTROPATÍAS
SECUNDARIAS A FÁRMACOS**

**RESUMEN RECOMENDACIONES DE LA
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA**

**EMPLEO DE LOS INHIBIDORES DE LA
BOMBA DE PROTONES EN
LA PREVENCIÓN DE GASTROPATÍAS
SECUNDARIAS A FÁRMACOS**

Grupo de Trabajo del Sector Zaragoza I SALUD

**EDITA: UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. SECTOR
ZARAGOZA I.**

IMPRIME: UNIDAD DOCENTE DE MFyC. SECTOR ZARAGOZA I. ENERO 2012

DEPOSITO LEGAL: Z-884-2013

RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

PACIENTE MENOR DE 60 AÑOS CON TRATAMIENTO AGUDO CON AINE.

A. En pacientes menores de 60 años, sin síntomas de patología digestiva, y sin factores de riesgo de úlcera péptica ni HDA, a los que se pauten tratamiento con AINE de forma aguda, se recomienda no asociar IBP.

B. Se propone utilizar IBP en pacientes menores de 60 años con alto riesgo de HDA en tratamiento con AINE de forma aguda.

PACIENTE MENOR DE 60 AÑOS CON TRATAMIENTO CRÓNICO CON AINE.

A. En pacientes menores de 60 años, sin síntomas de patología digestiva y sin factores de riesgo de úlcera péptica ni HDA, que tengan pautado tratamiento con AINE de forma crónica, se recomienda no asociar IBP.

B. Se propone usar IBP en pacientes menores de 60 años, con factores de riesgo de HDA, en tratamiento con AINE de forma crónica.

PACIENTE MAYOR DE 60 AÑOS CON TRATAMIENTO AGUDO CON AINE

B. En pacientes mayores de 60 años, sin síntomas de patología digestiva y sin antecedentes de úlcera péptica ni HDA, a los que se pauten AINE de forma aguda, se propone asociar IBP.

A. En pacientes mayores de 60 años, sin síntomas de patología digestiva y sin antecedentes de úlcera péptica ni HDA, en tratamiento con AAS que se pauten inhibidores COX-2 de forma aguda concomitantemente, se recomienda asociar IBP.

C. En pacientes mayores de 60 años, sin síntomas de patología digestiva y sin antecedentes de úlcera péptica ni HDA, en tratamiento con anticoagulantes que se pauten inhibidores COX-2 de forma aguda concomitantemente, se sugiere asociar IBP.

Recomendaciones: A,B,C; √ recomendación por consenso

Tratamiento: agudo de 7 a 30 días; crónico más de 30 días.

IBP: inhibidores de la bomba de protones; AINE: antiinflamatorios no esteroideos; inhibidores COX-2: inhibidores de la ciclooxigenasa 2; AAS: Ácido acetilsalicílico; ISRS: inhibidores de la recaptación de serotonina.

HDA: hemorragia digestiva alta; ERGE: enfermedad por reflujo gastroesofágico.

PACIENTE MAYOR DE 60 AÑOS EN TRATAMIENTO CRÓNICO CON AINE

A. Se recomienda prescribir un IBP en pacientes mayores de 60 años a los que se pauta AINE de forma prolongada.

A. Se recomienda asociar un IBP en pacientes mayores de 60 años con antecedentes de HDA a los que se pauta un inhibidor COX-2 de forma crónica.

PACIENTES EN TRATAMIENTO CRÓNICO CON ANALGESICO NO AINE

A. No se recomienda gastroprotección en pacientes en tratamiento con paracetamol a dosis de hasta 4 g/día.

C. En pacientes que toman paracetamol y AINE se sugiere realizar la gastroprotección que esté recomendada por la utilización de los AINE, independientemente de la dosis de paracetamol.

C. En pacientes que toman paracetamol e inhibidores COX-2 se sugiere realizar la gastroprotección que esté recomendada por la utilización de los inhibidores COX-2, independientemente de la dosis de paracetamol.

C. Metamizol, pero no tramadol ni propifenazona, parece inducir un ligero incremento del riesgo de hemorragia digestiva alta. Podría sugerirse la utilización de IBP en pacientes de alto riesgo.

PACIENTES EN TRATAMIENTO CRÓNICO CON ANTICOAGULANTES

B. En pacientes mayores de 60 años en tratamiento con anticoagulantes se propone asociar IBP.

C. En pacientes en tratamiento crónico con anticoagulantes y AAS se sugiere asociar IBP.

B. En pacientes en tratamiento concomitante con anticoagulantes y AINE se propone asociar IBP.

B. En pacientes con antecedentes de HDA o úlcera péptica en tratamiento con anticoagulantes se propone asociar IBP.

C. Se sugiere monitorizar INR, y, en caso necesario, ajustar la dosis de anticoagulante en pacientes en tratamiento con omeprazol, esomeprazol, lansoprazol, pantoprazol y rabeprazol.

C. 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 anticoagulante solo.

Recomendaciones: A,B,C; √ recomendación por consenso

Tratamiento: agudo de 7 a 30 días; crónico más de 30 días.

IBP: inhibidores de la bomba de protones; AINE: antiinflamatorios no esteroideos; inhibidores COX-2: inhibidores de la ciclooxigenasa 2; AAS: Ácido acetilsalicílico; ISRS: inhibidores de la recaptación de serotonina.

HDA: hemorragia digestiva alta; ERGE: enfermedad por reflujo gastroesofágico.

PACIENTES EN TRATAMIENTO CRÓNICO CON ANTIAGREGANTES

A. En pacientes menores de 60 años, sin síntomas de patología digestiva y sin antecedentes de úlcera péptica ni HDA, en tratamiento crónico con antiagregantes/AAS, se recomienda no asociar IBP.

B. En pacientes mayores de 60 años en tratamiento crónico con antiagregantes/AAS, se propone asociar IBP.

A. En pacientes de cualquier edad en tratamiento con bajas dosis de AAS e historia previa de úlcera o sangrado gastrointestinal se recomienda asociar un IBP.

A. En pacientes en tratamiento concomitante con bajas dosis de AAS y AINE o inhibidores COX-2 se recomienda asociar IBP.

B. En pacientes menores de 60 años se propone usar IBP en tratamiento concomitante con antiagregantes/AAS y anticoagulantes.

B. En pacientes en tratamiento con AAS y que presentan uno ó más factores de riesgo se propone asociar IBP.

A. En pacientes en tratamiento con clopidogrel sin otros factores de riesgo asociados se recomienda no asociar IBP.

A. En pacientes en tratamiento con clopidogrel con factores de riesgo de sangrado gastrointestinal, se recomienda no asociar IBP y asociar un antiH2.

B. En pacientes en tratamiento con clopidogrel que precisen IBP se propone no asociar omeprazol ni esomeprazol, y, se propone pantoprazol.

B. En pacientes en tratamiento con AAS que tienen historia de sangrado gastrointestinal previa se propone asociar un IBP al tratamiento con AAS en lugar de sustituirlo por clopidogrel.

PACIENTES EN TRATAMIENTO CRÓNICO CON CORTICOIDES.

A. En pacientes de cualquier edad, en tratamiento con corticoides, si presentan factores de riesgo de HDA se recomienda asociar IBP.

A. En pacientes mayores de 60 años en tratamiento con corticoides, si se pauta un AINE concomitantemente aún de forma aguda, se recomienda asociar IBP.

C. Se sugiere pautar un IBP en lugar de otros métodos de prevención, debido a su conveniencia y perfil de seguridad relativamente bueno.

Recomendaciones: A,B,C; √ recomendación por consenso

Tratamiento: agudo de 7 a 30 días; crónico más de 30 días.

IBP: inhibidores de la bomba de protones; AINE: antiinflamatorios no esteroideos; inhibidores COX-2: inhibidores de la ciclooxigenasa 2; AAS: Ácido acetilsalicílico; ISRS: inhibidores de la recaptación de serotonina.

HDA: hemorragia digestiva alta; ERGE: enfermedad por reflujo gastroesofágico.

PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ISRS

C. 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.

C. En pacientes en tratamiento concomitante con ISRS y fármacos gastrolesivos como AINE o antiagregantes se sugiere indicar gastroprotección.

PACIENTES POLIMEDICADOS

C: 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.

Recomendaciones: A,B,C; √ recomendación por consenso

Tratamiento: agudo de 7 a 30 días; crónico más de 30 días.

IBP: inhibidores de la bomba de protones; AINE: antiinflamatorios no esteroideos; inhibidores COX-2: inhibidores de la ciclooxigenasa 2; AAS: Ácido acetilsalicílico; ISRS: inhibidores de la recaptación de serotonina.

HDA: hemorragia digestiva alta; ERGE: enfermedad por reflujo gastroesofágico.

■ **FUENTES DE FINANCIACIÓN:** esta guía de práctica clínica ha contado con la financiación externa de un proyecto de calidad del SALUD. Los patrocinadores no han influido en ninguna etapa de su elaboración.

■ **CONFLICTOS DE INTERÉS:** todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.

■ **Con el apoyo de Sociedad Aragonesa de MFYC.**

SOCIEDADES COLABORADORAS:

Sociedad Aragonesa de MFYC (samFYC).

DECLARACIÓN DE INTERÉS: Todas las personas que han participado en la revisión externa han realizado la declaración de interés que se presenta en el Anexo 1.

Grupo de Trabajo del Sector Salud Zaragoza I

COMPOSICIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO

MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO

Cruz Bartolomé Moreno
Médico de Familia
Unidad Docente de MFyC sector Zaragoza I
Silvia Clemente Jiménez
Médico de Familia
CS Arrabal. Zaragoza.
Cristina De Gregorio Nogueras
Medicina de Trabajo
Hospital Royo Villanova. Zaragoza
Ana Belén Esteban Gimeno
Médico de Familia
CS Actur Sur. Zaragoza.
Marta Estrada Ramos
Medicina de Trabajo
Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

Pilar Gargallo Gómez
Médico de Familia
CS Arrabal. Zaragoza.

Sara Guillén Lorente
Médico de Familia
CS Arrabal. Zaragoza.
Francisco Javier Gomes
Medicina Interna
Hospital Royo Villanova. Zaragoza.
Carmen Labarta Mancho
Farmacéutica de Atención Primaria sector Zaragoza I

Pilar Lizaga Velilla
Medicina de Trabajo
Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

REVISORES EXTERNOS

Ernesto Barrera Linares
Médico de Familia
Subdirección de. C. de Farmacia y Productos Sanitarios.
Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
Begoña Bellas Beceiro
Médico de Familia
Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife.
M.ª Concepción Celaya Lecea
Farmacéutica de Atención Primaria sector Zaragoza II

Arritxu Etxeberria Agirre
Farmacéutica Comarca Ekialde (Gipuzkoa). Miembro del Grupo MBE. Osakidetza.
Antonio Lafuente Lafuente
Médico de Familia
CS La Jota. Zaragoza.

Carlos López Félez
Médico de Familia
CS Actur Sur. Zaragoza.
Rosa Magallón Botaya
Médico de Familia
CS Arrabal. Zaragoza.
María Ángeles Marco Aguado
Médico de Familia
CS Actur Sur. Zaragoza.
Elena Melús Palazón
Médico de Familia
Unidad Docente de MFyC sector Zaragoza I
Juan Carlos Palacín Arbués
Médico de Familia
Dirección de Planificación y Aseguramiento del Gobierno de Aragón
Mª Soledad Pascual Parrilla
Médico de Familia
Servicio de Urgencias del Hospital Royo Villanova. Zaragoza.
Jaume Pelegrí Gabarro
Urólogo
Hospital Royo Villanova. Zaragoza.
Juan José Sebastián Domingo
Gastroenterólogo
Hospital Royo Villanova. Zaragoza.
Wenceslao Varona López
Medicina Preventiva
Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

Ángel Lanas Arbeloa
Gastroenterólogo. Grupo de trabajo de AEG
Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". Zaragoza.
Juan Ignacio Martín Sánchez
Responsable de Área de Medicina Basada en la Evidencia
Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Zaragoza
Mercè Marzo Castillejo
Unitat de Suport a la Recerca-IDIAP Jordi Gol
Dirección de Atención Primaria Costa de Ponent. ICS.
Sol Reixa Vizoso
Médico de Familia
CS Arrabal
Rafa Rotaetxe del Campo
Médico de Familia.
Coordinador Grupo de trabajo de MBE de SEMFYC