



Resumen de las recomendaciones sobre indicaciones y uso-administración de los inhibidores de la secreción ácida en el Hospital de Clínicas

Departamento de Ciencias Farmacéuticas, Facultad de Química

Vázquez M.
Caligaris L.
Maldonado C.

Departamento de Farmacia, Hospital de Clínicas

Duré C.
Boronat A.
Oteiza D

Clínica de Gastroenterología, Hospital de Clínicas

Iade B.
González N.
Tchekmedyian A.

División de Enfermería. Hospital de Clínicas

Gelos C.
Azcunaga MF.

■ Índice

1. Introducción.....	2
1.1 Objetivos	
1.2 Metodología	
1.3 Alcances	
1.4 Conclusiones	
2. Indicaciones de los inhibidores de la secreción ácida.....	3
1. Profilaxis.....	2
1.1.1 Gastroprotección en pacientes que consumen antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)....	3
1.1.2 Profilaxis de las lesiones agudas por estrés.....	3
1.1.3 Profilaxis del síndrome de aspiración ácida en el preoperatorio.....	4
2.2 Tratamiento.....	4
2.2.1 Enfermedad por reflujo gastro-esofágico.....	4
2.2.2 Dispepsia funcional.....	4
2.2.3 Úlcera péptica gastro-duodenal.....	5
2.2.4 Gastroduodenitis.....	5
2.2.5 Sangrado digestivo secundario a úlcera péptica gastro-duodenal.....	6
3. Cuadro: Dosis de inhibidores de la bomba de protones vía oral.....	6
4. Resumen administración de los fármacos inhibidores de la secreción ácida por vía intravenosa.....	7
4.1 Administración de ranitidina.....	7
4.2 Administración de omeprazol	8

1. Introducción

La necesidad de realizar recomendaciones sobre uso e indicaciones de los inhibidores de la secreción ácida surge a partir de los resultados obtenidos del estudio realizado en el Hospital de Clínicas en setiembre del 2006 sobre consumo, uso-administración y prescripciones de los inhibidores de la secreción ácida en este Hospital.

Los resultados de este trabajo ponen en evidencia un uso inadecuado de los inhibidores de la secreción ácida, por lo que, el grupo de trabajo consideró indispensable la elaboración de protocolos y guías terapéuticas que definan el papel de cada inhibidor de la secreción ácida en las diferentes patologías donde la presencia de ácido juega un rol patogénico preponderante, valorando en cada caso la eficacia y el costo del tratamiento. No pretenden reemplazar al adecuado juicio clínico sino por el contrario ayudar a tomar las decisiones adecuadas. No son guías rígidas sino lineamientos sobre los que apoyarse en la toma de decisiones, siendo finalmente el médico tratante el que deberá tomar la decisión para cada paciente particular.

2. Objetivos

Las recomendaciones tienen como objetivo guiar a los profesionales en el adecuado uso de estos fármacos en la práctica clínica considerando las condiciones de trabajo a nivel local.

Sin embargo, la implementación de las recomendaciones sugeridas, también pretende disminuir la variabilidad de la práctica clínica y ofrecer, tanto a los profesionales de los equipos de atención primaria como a los del nivel especializado, un referente para el manejo a la hora de ofrecer un tratamiento.

3. Metodología

La información ha sido recopilada y revisada por todos los integrantes del grupo de trabajo. Las fuentes de información más importantes para su redacción han sido guías internacionales y bibliografía especializada.

Este trabajo estará supeditado a la permanente revisión y discusión con los diferentes servicios del Hospital de Clínicas a fin de mantener su practicidad, operabilidad y vigencia.

Se elaboró una versión abreviada para el rápido manejo por el personal de salud y una versión expandida la que posee además la bibliografía consultada la cual se encuentra disponible en cada servicio.

Se realizó la difusión en los diferentes servicios del hospital (médico y quirúrgico) mediante la implementación de talleres y distribución de material impreso, y se contó con la aprobación y colaboración del comité de terapéutica del Hospital de Clínicas.

4. Alcances

Mejorar la calidad de atención de los pacientes y promover un uso racional de recursos terapéuticos sirviendo de base para futuros proyectos en donde se trabaje en forma multidisciplinaria para el objetivo terapéutico. Se evaluará la medida del impacto de este proyecto luego de que las mismas hayan sido difundidas.

Resumen de las recomendaciones sobre indicaciones y uso-administración de los inhibidores de la secreción ácida en el Hospital de Clínicas

1. INDICACIONES EN LA PROFILAXIS

1.1 Gastroprotección en pacientes que consumen AINEs*

Sólo en pacientes que tienen factores de riesgo:

- Antecedente de úlcera gastro-duodenal previa
- Edad superior a 60 años
- Enfermedad grave concomitante (EPOC, IRC, insuficiencia cardiaca)
- Administración concomitante de corticoides o anticoagulantes
- Utilización simultánea de dos AINEs, incluido AAS a dosis bajas

Fármaco: inhibidores de la bomba de protones (IBP)

Dosis recomendadas: dosis simple durante la administración de AINEs

*Incluidos los pacientes que reciben clopidogrel o ticlopidina

1.2 Profilaxis de lesiones agudas por estrés

Sólo en pacientes con factores de riesgo:

- Ventilación mecánica por más de 48h*
- Coagulopatía*
- Falla hepática aguda
- Falla renal aguda con creatinina mayor de 1.5
- Politraumatizados o lesión medular
- Aumento de la presión intracraneal
- Cirugía mayor o receptores de transplantes de órganos
- Grandes quemados
- Antecedentes de úlcera gastroduodenal o hemorragia digestiva alta
- Shock, sepsis o permanencia mayor a 1 semana en UTI

Fármacos:

- IBP por vía oral
- Anti-H2 I/V frente a la imposibilidad de administrar IBP por vía oral/sonda nasogástrica

Dosis recomendadas: - IBP dosis doble vía oral/sonda nasogástrica
- Ranitidina 50 mg IV cada 8 horas -

* Situaciones con mayor riesgo para presentar lesiones agudas por estrés

1.3 Profilaxis del síndrome de aspiración ácida en el preoperatorio

Sólo en pacientes que tienen factores de riesgo:

- Incompetencia de la laringe:(depresión de conciencia, AVE, enfermedad neuromuscular)
- Retraso en el vaciado gástrico o volumen elevado del contenido gástrico (ingesta reciente, politraumatizado, oclusión intestinal, gastropatía diabética.)
- Incompetencia del esfínter esofágico inferior: (ERGE, obesidad ,ingesta de opiáceos, anticolinérgicos o alcohol)

Fármaco: Ranitidina 50 mg IV una hora antes de la intervención

2. INDICACIONES EN TRATAMIENTO

2.1. Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)

Indicación	Dosis	Tiempo de uso
ERGE sin esofagitis	IBP VO dosis simple IBP VO dosis doble si persiste con síntomas	Individualizado
Esofagitis erosiva Leve (erosiones menores o mayores de 5 mm no confluentes) Severa (erosiones confluentes que comprometen mas del 75% de la circunferencia)	IBP VO dosis simple IBP VO dosis doble	8 – 12 semanas 8 – 12 semanas
Estenosis péptica que impide administrar IBP por vía oral	IBP IV 40 mg/cada 12 horas	5 - 7 días previos a la dilatación esofágica

2.2 Dispepsia Funcional o no estudiada

Fármaco: IBP o anti-H2

Dosis recomendadas:

- IBP dosis simple, de persistir con síntomas dosis doble
- Ranitidina 150 mg cada/12 horas o Famotidina 40 mg/día

2.3. Tratamiento de la úlcera péptica gastro-duodenal

A. Úlcera gastro-duodenal *Helicobacter pylori* positivo: Tratamiento erradicador de primera línea

- IBP* + Amoxicilina 1 gr + Claritromicina 500 mg. todos c/ 12 h por 7-10 días.
- La úlcera duodenal no complicada no requiere continuar tratamiento con IBP.
- En la úlcera gástrica no complicada completar 4 semanas de IBP a dosis simple.

* El esomeprazol puede administrarse a dosis única (40 mg) en la mañana

B. Úlcera péptica asociada a AINEs

1. Retirar AINEs siempre que sea posible
2. Fármaco: IBP dosis simple
3. Duración: - 2 meses en la úlcera gástrica
- 1 mes en la úlcera duodenal

C. Úlcera péptica complicada

- Úlcera GD *Helicobacter* positiva mantener tratamiento hasta lograr erradicación. En caso de no lograr erradicación y tener alto riesgo de recurrencia mantener tratamiento de mantenimiento con IBP a dosis simple

2.4 Gastroduodenitis

1. Erosiones gástricas vinculadas al consumo de AINEs
Fármaco: IBP dosis simple y si es posible suspender AINEs
2. Erosiones gástricas y erosiones a nivel duodenal vinculadas a infección por *Helicobacter pylori*: tratamiento erradicador. (Ver 2.3 A)

2.5. Sangrado digestivo secundario a úlcera gastro-duodenal

Valorar riesgo de resangrado por FGC

Signos endoscópicos de alto riesgo de resangrado en la úlcera gastro-duodenal

- Sangrado activo durante la endoscopia (Forrest 1)
- Vaso visible (Forrest 2-A)
- Coagulo adherido (Forrest 2-B)

Pacientes con alto riesgo de resangrado: IBP intravenoso

IBP i/v	Dosis de inicio	Dosis mantenimiento	Duración
omeprazol pantoprazol esomeprazol *	80 mg en bolo	1. 8 mg/hora por BIC 2. 40 mg cada 6 horas en bolo 3. Dosis doble de IBP c/12 h v/o o dosis simple c/6h v/o.	24-72 horas luego de detenido el sangrado*

*Luego pasar a IBP V/O a dosis estándar y mantener hasta obtener resultado de la presencia de Helicobacter pylori

Pacientes con bajo riesgo de resangrado:

Tratamiento estándar de la UGD complicada (ver 2.3.C)

Dosis de IBP por vía oral

Formulación	Dosis simple (mg/día)*	Doble dosis (mg/día)**
Omeprazol	20	40
Lanzoprazol	30	60
Pantoprazol	40	80
Esomeprazol	40	80
Rabeprazol	20	40

* Administrar media hora antes del desayuno

** Dividirlo cada 12 hs: 30 minutos pre-desayuno y pre-cena

RESUMEN DE ADMINISTRACIÓN DE LOS FÁRMACOS INHIBIDORES DE LA SECRECIÓN ÁCIDA POR VIA IV

4.1 Administración de ranitidina i.v.

FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN

Cada ampolla contiene:

Ranitidina clorhidrato.....55,8mg

(ranitidina base.....50mg)

Vehículo acuoso c.s.p.....5 ml

MODO DE ADMINISTRACIÓN

- **Bolo IV lento:** diluir 1 ampolla de ranitidina (5ml) en 15 ml de solución compatible y administrar en 3 a 5 min. . LA ADMINISTRACIÓN DEBE SER LENTA YA QUE SINO PUEDE PRODUCIR HIPOTENSIÓN Y BRADICARDIA.
- **Infusión continua** 150 mg en 250 mL de cloruro sódico al 0.9% o suero glucosado al 5% a un ritmo de 6,25 mg/h a pasar en 24 horas. Proteger de la luz. Ver incompatibilidades

SOLUCIONES COMPATIBLES

- Suero glucosado al 5% y 10%
- Cloruro sódico al 0,9%
- Ringer lactato
- Bicarbonato sódico 1/6 molar

CONSERVACIÓN Y ESTABILIDAD

La ranitidina para inyección se puede conservar a temperatura ambiente y protegida de la luz. Cuando se administra no es necesario protegerla de la luz.

Lo recomendable para la administración en bolo es un ritmo de infusión que no supere los 10mg/min, total 5 minutos por ampolla de 50mg, pero la realidad hospitalaria muchas veces impide cumplir este insumo de tiempo por lo que se sugiere la administración en bolo en 3 minutos, observar y reportar alteraciones.

FARMACOS INCOMPATIBLES

Figuran fármacos que han demostrado incompatibilidades físico-química con la ranitidina por lo que no deben administrarse junto a la ranitidina en caso de usarse perfusión continua:

Anfotericina B
Ampicilina
Cefuroxime
Clorpromacina
Clindamicina
Diazepan
Fenobarbital
Lorazepan
Metrotexato
Midazolan

4.2 Administración de omeprazol I/V

FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN

Cada frasco ampolla con liofilizado contiene:

Omeprazol sódico equivalente a..... 40 mg de omeprazol

Cada ampolleta con diluyente contiene:

Polietilenglicol 400..... 4 g

Ácido cítrico monohidratado..... 5 mg

Agua inyectable10 mL.

MODO DE ALMACENAR

Guardar a temperatura ambiente y protegida de la luz.

MODO DE ADMINISTRACIÓN

- **Bolo IV lento.** Como alternativa a la terapia oral.
Forma de administración: Añadir al frasco ampolla 10 mL del solvente suministrado (no debe emplearse otro solvente). Puede presentarse cambio de la coloración si se reconstituye en forma inadecuada. La aplicación debe administrarse lentamente durante 2-5 minutos a una velocidad de 4 mL por minuto (80 gotas/min).
La solución deberá emplearse dentro de las cuatro horas siguientes a la reconstitución. No se debe mezclar la solución con otros fármacos ni diluir en otro tipo de soluciones.
- **Infusión intermitente.** Diluir en 100 mL de cloruro sódico al 0.9% o glucosa al 5%. Administrar en 20-30 min (60 gotas/min).
- **Infusión continua:** No se recomienda por los laboratorios presentes en plaza. Frente a dudas consultar prospecto presentado por el fabricante o consultar al Dpto. de Farmacia.
- **Estabilidad:** Para bolo: 4 horas a temperatura inferior a 25 grados.
- Para infusión intermitente: 12 horas diluido con cloruro sódico al 0.9% o 6 horas diluido con glucosa al 5%.
- Proteger de la luz.

No se debe mezclar la solución con otros fármacos ni diluir en otro tipo de soluciones.

SOLUCIONES COMPATIBLES: El omeprazol se puede disolver con:

- suero glucosado al 5% o cloruro sódico al 0,9%