

Uso clínico de los inhibidores de la bomba de protones

Los inhibidores de la bomba de protones son uno de los grupos de fármacos más utilizados en la práctica clínica. Esta revisión hace hincapié en su uso racional, sus indicaciones, características farmacológicas, complicaciones y en los compuestos de nueva generación.



Título original: Consideraciones Prácticas en el Manejo de los Inhibidores de la Bomba de Protones

Fuente: Revista Española de Enfermedades Digestivas 108(3):145-153, Mar 2016

Autores: Aguilera Castro L, de Argila de Prados CM, Albillos Martínez A

Institución: Universidad de Alcalá, Madrid, España

Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) son fármacos muy eficaces para el tratamiento y la prevención de los trastornos con exceso de secreción ácida, especialmente la enfermedad ulcerosa y por reflujo gastroesofágico (ERGE). Los IBP tienen buenas propiedades farmacológicas y son bien tolerados, lo que hace que su utilización sea cada vez más frecuente. Sin embargo, existe una preocupación creciente en la comunidad clínica por el exceso de uso de IBP sin indicación precisa. La neutralización de la acidez gástrica a largo plazo se asoció con complicaciones diversas, que incluyen mayor prevalencia de ciertas infecciones por bacterias sensibles al ácido (*Campylobacter*, *Salmonella*, *Clostridium*), poca absorción de algunos elementos (vitamina B₁₂, magnesio) y mayor riesgo de neumonía, abscesos hepáticos y fracturas, aunque los estudios que evaluaron estas asociaciones no arrojaron resultados definitivos.

El omeprazol es el fármaco más antiguo del grupo y, aún hoy, el más utilizado y económico. Los IBP de nueva generación, como el pantoprazol, el lansoprazol, el rabeprazol y el esomeprazol, tienen una eficacia antiácida similar. El rabeprazol y el esomeprazol tienen mayor capacidad para erradicar *Helicobacter pylori* y mayor eficacia en la curación de la esofagitis grave. Hasta el momento, pocos estudios compararon la eficacia y la seguridad de los IBP originales frente a los genéricos y, además, los resultados de estos estudios, en general, no mostraron diferencias significativas.

Los IBP son metabolizados principalmente en el hígado, por la acción del sistema enzimático citocromo (CIP) P450, en especial por las isoenzimas CIP2C19 y CIP3A4.

La expresión de estas enzimas varía entre individuos; así, existen "metabolizadores" rápidos y "metabolizadores" lentos de los IBP, lo que se relaciona

con la eficacia del fármaco y con la respuesta terapéutica a una dosis determinada. Se recomienda administrar los IBP en ayunas, unos 30 minutos antes de la ingesta. En la ERGE se ha comprobado que es conveniente administrarlos en dos tomas diarias, en una dosis doble de la habitual, en tanto que se desaconseja la administración conjunta de IBP con clopidogrel.

Las indicaciones de los IBP incluyen la úlcera gástrica, la úlcera duodenal, la ERGE, la erradicación de *H. pylori*, la hemorragia del tracto digestivo superior, la profilaxis de la úlcera por estrés y de la gastroenteropatía producida por antiinflamatorios no esteroideos y aspirina. En este último caso, existen recomendaciones específicas de acuerdo con los factores de riesgo del paciente. En los próximos años se espera el hallazgo de nuevas moléculas de IBP, con mejor perfil farmacológico y con características dirigidas al tratamiento y a la prevención de trastornos específicos.

Factores de riesgo en la hemorragia gastrointestinal aguda

La hipotensión, la insuficiencia renal, las alteraciones en la conciencia y las neoplasias son los factores más frecuentes de pronóstico adverso en los pacientes con hemorragia gastrointestinal aguda.



Título original: Predictors of Poor Outcome in Gastrointestinal Bleeding in Emergency Department

Fuente: World Journal of Gastroenterology 22(16):4219-4225, Abr 2016

Autores: Kaya E, Ali Karaca MA, Aldemir D, Ozmen MM

Instituciones: Dr. Nafiz Kerez State Hospital; Hacettepe University; Ankara, Turquía

Algunos de los factores de pronóstico adverso en la hemorragia gastrointestinal aguda (HGA) son la hipotensión, la insuficiencia renal, las alteraciones en la conciencia y las neoplasias. A su vez, el síncope, la hiperglucemia y la insuficiencia cardíaca se asocian con mayor porcentaje de ingresos en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

La HGA es un evento con compromiso vital, mortalidad que varía entre 7% y 8.2% y una tasa de ingreso a la UCI entre 19% y 28%. Según los investigadores, la identificación de las variables clínicas que constituyen factores de riesgo para la HGA puede ayudar en la selección inicial de los pacientes y en las decisiones terapéuticas, además de disminuir la morbimortalidad asociada con la enfermedad. Diversos estudios previos indicaron que los principales factores pronósticos de desenlaces clínicos desfavorables comprenden la hipotensión, la anemia, la edad avan-

zada, los cambios en el estado de la conciencia, las comorbilidades y la presencia de coagulopatía.

El presente estudio retrospectivo incluyó a 600 pacientes mayores de 18 años, provenientes de un único centro, que ingresaron al servicio de emergencias por HGA. El criterio principal de valoración del estudio fue la tasa de mortalidad, en tanto que el tiempo de internación, las intervenciones terapéuticas y la necesidad de ingreso a la UCI fueron criterios secundarios de valoración. La edad promedio de los pacientes fue de 61.9 años y los diagnósticos más frecuentes abarcaron la úlcera duodenal (19.2%) y la úlcera gástrica (12.8%). El 76.7% de los participantes requirió tratamiento médico, el 19.2% tratamiento endoscópico, el 3.3% intervención quirúrgica y el 0.8%, embolización angiográfica. La tasa de mortalidad fue del 6.3% y la tasa de ingreso a la UCI, del 5.3%. El síncope,

la hiperglucemia y la coronariopatía se asociaron significativamente con tasas superiores de internación en la UCI. Los pacientes que fallecieron tuvieron uremias y creatininemias significativamente más graves ($p = 0.016$ y $p = 0.038$, en ese orden), así como presión arterial y saturación de oxígeno más bajas de manera sustancial ($p = 0.004$ y $p = 0.049$, en igual orden). La presencia de neoplasias y de un valor bajo en el puntaje de Glasgow fueron factores independientes de riesgo de mortalidad. Según señalan los autores, más de la mitad de los pacientes con HGA tiene una comorbilidad; las más frecuentes son hipertensión, diabetes mellitus, coronariopatías, neoplasias y hepatopatías.

La identificación precoz de los pacientes con HGA y alto riesgo de mortalidad al ingreso en el servicio de emergencias permitirá su clasificación y la implementación más eficaz de los algoritmos de tratamiento.