



Nombre del alumno: Karina Montserrat Méndez Lara.

Wilber Gómez López.

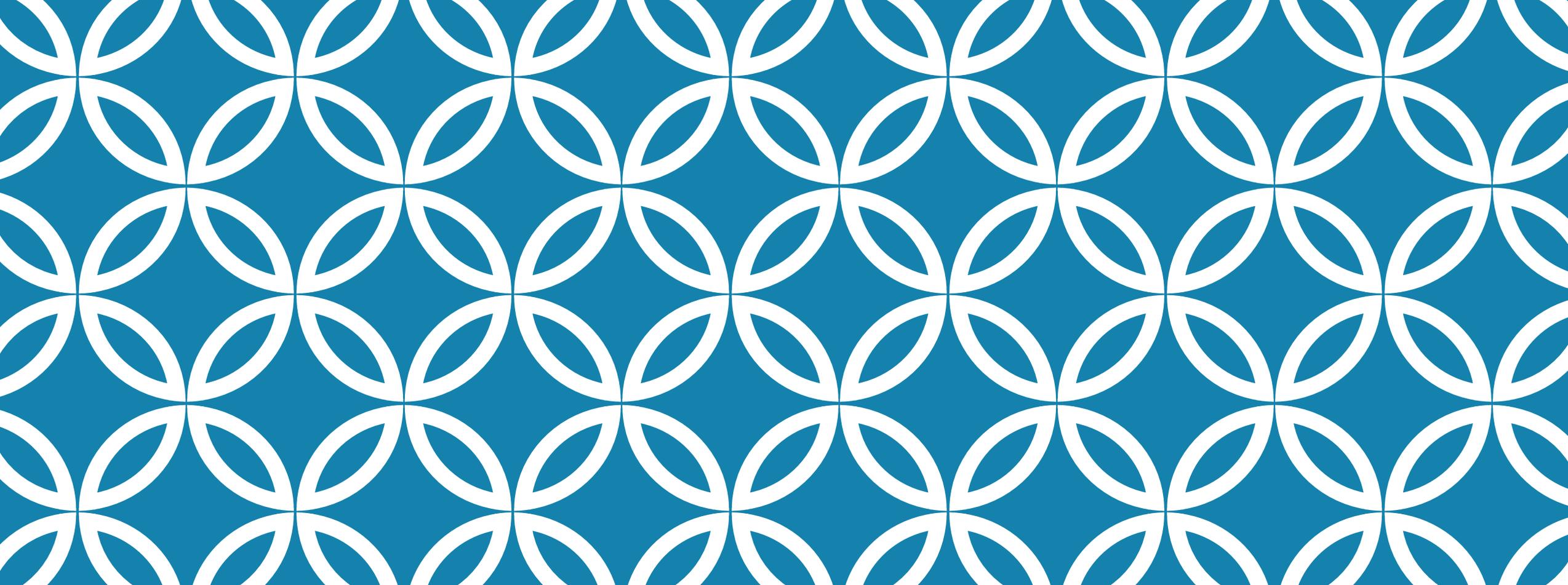
Nombre del profesor: Dr. Luis Enrique Guillen Reyes.

Nombre del trabajo: Presentación.

Materia: Farmacología.

Grado: 3

Grupo: "C"



ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS PARA TRASTORNOS ACIDOPÉPTICOS ESPECÍFICOS

EQUIPO 6

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

La GERD más grave es la esofagitis erosiva

- Daño de la mucosa visible endoscópicamente → Esto puede conducir a la formación de estenosis y metaplasia de Barrett.
- Los objetivos de la terapia de GERD son la resolución completa de los síntomas y la curación de la esofagitis.

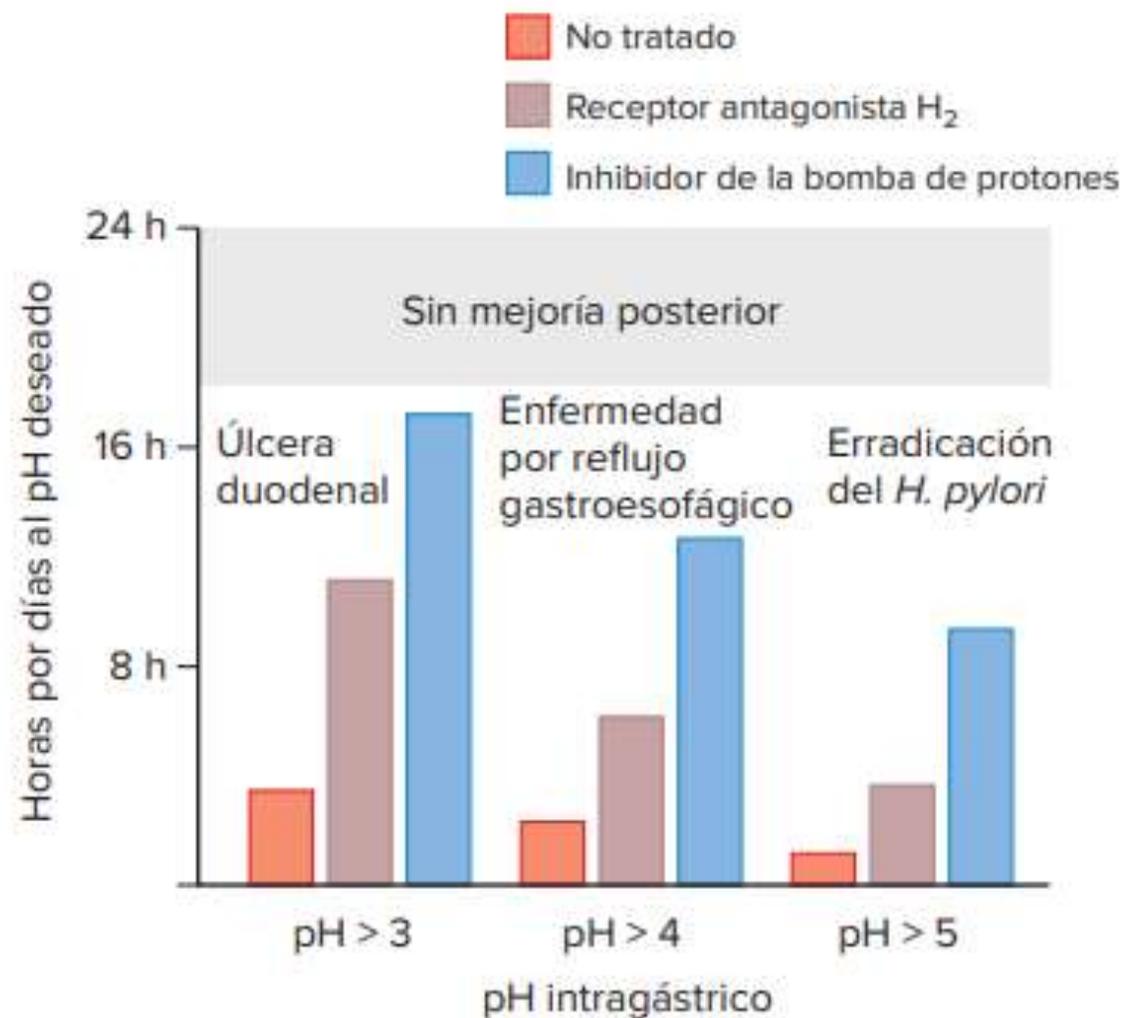


Figura 49-3 Éxito comparativo de la terapia con PPI y antagonistas H₂. Los datos muestran los efectos de un PPI (administrado una vez al día) y un antagonista del receptor H₂ (administrado dos veces al día) para elevar el pH gástrico a los intervalos objetivo (es decir, pH 3 para úlcera duodenal, pH 4 para GERD y pH 5 para erradicación de *H. pylori* por antibióticos).

TABLA 49-2 ■ Regímenes de medicamentos antisecretores para el tratamiento de GERD

MEDICAMENTO	DOSIS DE ADULTO	DOSIS PEDIÁTRICA
Receptores antagonista H₂^a		
Cimetidina	400 mg cuatro veces al día u 800 mg dos veces al día por 12 semanas	20-40 mg/kg/d divididos cada 6 h por 8-12 semanas
Famotidina	20 mg dos veces al día por 12 semanas	0.5 mg/kg/d a la hora de acostarse o dividido cada 12 h (bebé <3 meses) ^b
Nizatidina	150 mg dos veces al día	<12 años: 10 mg/kg/d ^c divididos cada 12 h >12 años: 150 mg dos veces al día
Ranitidina	150 mg dos veces al día	5-10 mg/kg/d dividido cada 8-12 h
Inhibidores de la bomba protones		
Esomeprazol de magnesio	20-40 mg al día por 4-8 semanas	2.5-20 mg al día ^d hasta 8 semanas
Esomeprazol de sodio	20-40 mg al día (IV) ^e	IV: ^{d,e} 0.5 mg/kg al día (bebés >1 mes) Niños: 10 mg al día (<55 kg); 20 mg al día (>55 kg)
Esomeprazol de estroncio	24.65 o 49.3 mg al día por 4-8 semanas	
Dexlansoprazol	30 mg al día por 4 semanas (GERD no erosiva); GERD erosiva: 60 mg al día hasta 6 meses, entonces 30 mg al día hasta 6 meses (terapia de mantenimiento)	Seguridad/eficacia no establecida
Lansoprazol	15 mg (GERD no erosiva) o 30 mg (GERD erosiva) al día hasta 8 semanas	15-30 mg al día ^d hasta 12 semanas
Omeprazol	20 mg al día	5-20 mg al día ^d
Pantoprazol	40 mg al día (GERD erosiva)	20-40 mg al día ^d hasta 8 semanas
Rabeprazol	20 mg al día (GERD erosiva)	Niños 1-11 años: 5-10 mg al día hasta 12 semanas Adolescentes: 20 mg al día hasta 8 semanas

^a No para la enfermedad erosiva.

^b Para niños y adolescentes, individualizar la duración del tratamiento y la dosis según la respuesta clínica o la determinación del pH (gástrico o esofágico) y la endoscopia. Para los bebés, emplee medidas conservadoras (p. ej., brinde alimentos más espesos) y limite la terapia a 8 semanas.

^c Uso no mostrado en la etiqueta.

^d Varía según el peso.

^e Usar cuando no se pueda administrar PPI oral y sólo a corto plazo.

SÍNTOMAS INTENSOS Y AVANCE DEL ÁCIDO NOCTURNO

- Puede ser necesaria una dosificación diaria con un PPI.
- Este fenómeno, llamado avance del ácido nocturno, se ha invocado como una causa de síntomas refractarios en algunos pacientes con GERD.
- Los pacientes con síntomas continuos en PPI dos veces al día a menudo se tratan al agregar un antagonista del receptor H₂ durante la noche. → Aunque esto puede suprimir aún más la producción de ácido, el efecto es de corta duración, probablemente debido al desarrollo de tolerancia

TERAPIA PARA MANIFESTACIONES EXTRAIESTINALES DE GERD

- El reflujo ácido ha sido implicado en una variedad de síntomas atípicos:
 - Dolor torácico no cardíaco.
 - Asma.
 - Laringitis.
 - Tos crónica.
 - Otras afecciones del oído, la nariz y la garganta.
- Los PPI (a dosis más altas) se han usado con cierto éxito en ciertos pacientes con estos trastornos

GERD Y EMBARAZO

- Ocorre en 30-50% de los embarazos, con una incidencia cercana al 80%.
- En la gran mayoría de los casos la GERD termina poco después del parto.
- Medicamentos a utilizar: Los de la categoría B de la FDA, con la excepción del omeprazol.
- Casos leves de GERD durante la noche: Debe tratarse de forma conservadora; los antiácidos o el sucralfato se consideran los medicamentos de primera línea.
- Si los síntomas persisten, se pueden usar antagonistas del receptor H₂, la ranitidina tiene la trayectoria más establecida en este medio.
- Los PPI están reservados para mujeres con síntomas intratables o enfermedad de reflujo complicada. Omeprazol, lansoprazol y pantoprazol.

GERD PEDIÁTRICO

- Si está indicada la reducción del ácido, los PPI son más efectivos que los antagonistas del receptor H₂.
- Sin embargo es baja, y existe un mayor riesgo de efectos adversos como:
 - Infecciones del tracto respiratorio
 - Gastroenteritis
- Es probable que los PPI se usen en exceso en el tratamiento de la GERD pediátrica.

ÚLCERA PÉPTICA

- Desequilibrio entre los factores de defensa de la mucosa.
- Los pacientes con úlceras duodenales producen más ácido que los sujetos control, de manera particular durante la noche.
- Úlceras gástricas tienen una producción normal de ácido o incluso disminuida, las úlceras rara vez o nunca ocurren en ausencia completa de ácido.
- Se presume que la defensa debilitada de la mucosa y la producción reducida de bicarbonato contribuyen a la lesión a pesar de los niveles más bajos de ácido en estos pacientes.
- *Helicobacter pylori*.

TABLA 49-3 ■ Regímenes para tratar las úlceras gastroduodenales en adultos^a

MEDICAMENTO	ÚLCERA ACTIVA	TERAPIA DE MANTENIMIENTO
Inhibidores de la bomba de protones^b		
Esomeprazol de magnesio	NSAID reducción de riesgo: 20 o 40 mg al día hasta 6 meses	
Esomeprazol de estroncio	NSAID reducción de riesgo: 24.65 o 49.3 mg hasta 6 meses	
Lansoprazol	15 mg (DU) al día por 4 semanas 15 mg (NSAID reducción de riesgo) al día hasta 12 semanas 30 mg (GU incluyendo NSAID asociado) al día hasta 8 semanas	15 mg al día 30 mg al día ^c
Omeprazol	20 mg (DU) al día por 4-8 semanas 40 mg (GU) al día por 4-8 semanas	20 mg al día ^c
Pantoprazol	20 mg (NSAID reducción de riesgo) al día ^c 40 mg (GU) al día ^c	20 mg al día ^c
Rabeprazol	20 mg (DU hasta 4 semanas; GU ^c) al día	
Análogos de prostaglandina		
Misoprostol	200 µg cuatro veces al día (prevención de la úlcera asociada a NSAID) ^d	

^a Hay pocas pruebas del uso de antagonistas del receptor H₂ para el tratamiento de las úlceras sangrantes.

^b El deslansoprazol no está etiquetado para el tratamiento de las úlceras activas.

^c Uso no mostrado en la etiqueta.

^d Sólo se ha demostrado que el misoprostol 800 µg/d reduce el riesgo de complicaciones ulcerosas como perforación, hemorragia u obstrucción. (Rostom A, Moayyedi P, Hunt R. Grupo de Consenso de la Asociación Canadiense de Gastroenterología. Directrices canadienses de consenso sobre la terapia con medicamentos antiinflamatorios no esteroideos a largo plazo y la necesidad de gastroprotección: beneficios *versus* riesgos. *Aliment Pharmacol Ther* 2009;29:481-496).

TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI

5 consideraciones a tomar:

- Los regímenes de un solo antibiótico son ineficaces para erradicar la infección por *H. pylori* y conducen a la resistencia microbiana.
- Un PPI mejora de forma significativa la eficacia de los regímenes de antibióticos del *H. pylori* que contienen amoxicilina y claritromicina
- Un régimen de 10-14 días de tratamiento parece ser mejor que los de tratamientos más cortos.
 - El cumplimiento deficiente del paciente está relacionado con los efectos secundarios.
- La aparición de la resistencia a la claritromicina y al metronidazol se reconoce cada vez más como un factor importante

TABLA 49-4 ■ Terapia de la infección por *Helicobacter pylori*

Triple terapia por 10-14 días: PPI + claritromicina 500 mg + amoxicilina 1 g dos veces al día (metronidazol 500 mg dos veces al día puede ser sustituida por amoxicilina)

Cuádruple terapia por 10-14 días: PPI + metronidazol 250 mg + bismuto subsalicilato 525 mg + tetraciclina 500 mg cuatro veces al día

o

Terapia secuencial: PPI + amoxicilina 1 g dos veces al día por 5 días seguido por PPI + claritromicina 500 mg y tinidazol/metronidazol 500 mg dos veces al día por 5 días

o

PPI + amoxicilina 1 g dos veces al día + levofloxacina 250 o 500 mg dos veces al día por 10 días

PPI dosis diaria:

Omeprazol: 20 mg dos veces al día (triple terapia); 40 mg diario (terapia doble)

Lansoprazol: 30 mg dos veces al día (triple terapia); 30 mg tres veces al día por 14 días (terapia doble con amoxicilina)

Rabeprazol: 20 mg dos veces al día por 7 días

Pantoprazol: 40 mg dos veces al día^a

Esomeprazol de magnesio: 40 mg diario (triple terapia)

Esomeprazol de estroncio: 49.3 mg diario (triple terapia)

^a Uso no mostrado en la etiqueta.
Datos de Chey y Wong, 2007.

Úlceras relacionadas con NSAID

- tienen un riesgo del 2-4% de desarrollar una úlcera sintomática
- La cicatrización de úlceras a pesar del uso continuo de NSAID es posible con el uso de agentes supresores de ácido.
- dosis más altas y durante una duración considerablemente más larga que los regímenes estándar

Úlceras relacionadas con el estrés

- estómago o el duodeno - ocurren en el contexto de una enfermedad profunda o trauma
- úlceras pépticas - Acida y la isquemia de la mucosa.

Síndrome de Zollinger-Ellison

- desarrollan gastrinomas pancreáticos o duodenales
- Estimulan secreción de grandes cantidades de ácido
- Los PPI son fármacos de elección – Por lo general 2 veces mas que una rutina para úlceras pépticas.
- Algunos pacientes necesitan 2-3 veces su dosis para controlar su dolor.
- Los PPI son bien tolerados y seguros – en dosis mas altas
- No es agente de primera línea – debido a respuestas impredecibles

Dispepsia Funcional

- Se divide en Síndrome de angustia postprandial y síndrome de dolor epigástrico
- Rasgos: llenura posprandial, saciedad temprana , dolor o ardor epigástrico. – gastritis.
- Tx - PPI

Trastornos esofágicos funcionales

- Trastornos comunes:
- Acidez de estómago funcional
- Dolor de pecho funcional
- Disfagia funcional
- PPI – Forma rutinaria para el tx de la acidez