

PATOLOGÍA DIGESTIVA

AFTAS BUCALES

MICOSIS ORAL

CICATRIZACIÓN ULCUS PÉPTICO

NO ASOCIADO A *HELICOBACTER PYLORI*

Inhibidores de la bomba de protones

INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

GASTROPATÍA POR ANTIINFLAMATORIOS

NO ESTEROIDEOS

DISPEPSIA FUNCIONAL

ENFERMEDAD POR REFLUJO

GASTROESOFÁGICO

CÓLICO BILIAR

DIARREA AGUDA

DIARREA POR *CHLOSTRIDIUM DIFFICILE*

ESTREÑIMIENTO

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

VÓMITOS

BIBLIOGRAFÍA

GUÍA FARMACOGERIÁTRICA

PATOLOGÍA DIGESTIVA



Comunidad
de Madrid

AUTORES

COORDINADOR:

- María González Martínez. Farmacéutica de atención a centros sociosanitarios. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

AUTORES (por orden alfabético):

- María José Almodóvar Carretón. Farmacéutica de atención primaria. Dirección Asistencial Noroeste.
- Jesús Álvarez Duque. Farmacéutico de atención primaria. Dirección Asistencial Sureste.
- María José Barrera Gómez. Médico de Familia. Centro de atención a discapacitados psíquicos Getafe.
- María Ángeles Campos Fernández de Sevilla. Farmacéutica especialista en farmacia hospitalaria.
- Gregorio Jiménez Díaz. Geriatra. Coordinador de urgencias. Hospital Universitario Príncipe de Asturias.
- Carlos Pedreira Copín. Médico de familia. Residencia de mayores Colmenar Viejo.
- José Antonio Rodríguez Blanes. Digestivo. Residencia de mayores Dr. González Bueno.
- Raquel Siguín Gómez. Farmacéutica de atención primaria. Dirección asistencial centro.

REVISORES EXTERNOS (por orden alfabético):

- Javier Pérez Gisbert. Digestivo. Hospital de La Princesa.
Primitivo Ramos Cordero. Geriatra. Coordinador Médico Asistencial de la Agencia Madrileña de Atención Social.

Edita: Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
Agencia Madrileña de Atención Social. Consejería de Políticas Sociales y Familia.

Edición: 1/2018

Revisado y aprobado por el Comité Director en Farmacoterapia del SERMAS.

Se autoriza la reproducción total o parcial de los contenidos de este documento de carácter público, siempre que se cite la fuente, no se manipulen ni alteren los contenidos y no se utilicen directamente con fines comerciales.

PATOLOGÍA DIGESTIVA

AFTAS BUCALES

MICOSIS ORAL

CICATRIZACIÓN ULCUS PÉPTICO
NO ASOCIADO A *HELICOBACTER PYLORI*

Inhibidores de la bomba de protones

INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

GASTROPATÍA POR ANTIINFLAMATORIOS
NO ESTEROIDEOS

DISPEPSIA FUNCIONAL

ENFERMEDAD POR REFLUJO

GASTROESOFÁGICO

CÓLICO BILIAR

DIARREA AGUDA

DIARREA POR *CHLOSTRIDIUM DIFFICILE*

ESTREÑIMIENTO

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

VÓMITOS

BIBLIOGRAFÍA

ABREVIATURAS

ACVA	Accidente cerebrovascular agudo	Kg	Kilogramo/s
AEMPS	Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios	mEq	Miliequivalente/s
AINE	Antiinflamatorios no esteroideos	mg	Miligramo/s
Anti-H2	Antagonistas histamínicos H2	min.	Minuto/s
CI	Contraindicaciones	ml	Mililitro/s
CICr	Aclaramiento de creatinina	ml/kg/h	Mililitros/kilogramo/hora
CYP450	Citocromo P450	ml/min	Mililitros/minuto
D	Administración en personas con problemas de deglución	P	Precauciones
EII	Enfermedad inflamatoria intestinal	R	Recomendaciones
ERGE	Enfermedad por reflujo gastroesofágico	RA	Reacciones adversas
g	Gramos	RCV	Riesgo cardiovascular
gg	Gragea/s	RGI	Riesgo gastrointestinal
GI	Gastrointestinal	SAMR	<i>Staphylococcus aureus</i> metilicín resistente
I	Interacciones	SNC	Sistema nervioso central
IBP	Inhibidores de la bomba de protones	SNS	Sistema nacional de salud
IC	Insuficiencia cardíaca	V.A.	Vía administración
IH	Insuficiencia hepática	VO	Vía oral
IM	Vía intramuscular	UG	Úlcera gástrica
IR	Insuficiencia renal	UP	Úlcera péptica
IRC	Insuficiencia renal crónica		
ISRS	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina		
IV	Intravenosa		

PATOLOGÍA DIGESTIVA

AFTAS BUCALES

MICOSIS ORAL

CICATRIZACIÓN ULCUS PÉPTICO NO ASOCIADO A *HELICOBACTER PYLORI*

Inhibidores de la bomba de protones

INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

GASTROPATÍA POR ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

DISPEPSIA FUNCIONAL

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

CÓLICO BILIAR

DIARREA AGUDA

DIARREA POR *CHLOSTRIDIUM DIFFICILE*

ESTREÑIMIENTO

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

VÓMITOS

BIBLIOGRAFÍA

AFTAS BUCALES

Las úlceras bucales evolucionan de forma natural hacia la curación. En el caso de úlceras secundarias, es necesario identificar la etiología y tratar adecuadamente.

Como primera medida, es recomendable realizar enjuagues con antisépticos locales: clorhexidina cada 12 horas, para gargarismos o enjuagues de boca.

La clorhexidina reduce el periodo de curación. No se puede utilizar de forma crónica.

En úlceras sintomáticas suele emplearse terapia tópica. No existen estudios sobre la efectividad comparativa entre los distintos tratamientos aplicados. Ninguno de los preparados está incluido en la oferta de la seguridad social.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V.A.	OBSERVACIONES
CLORHEXIDINA 0,2%	1 aplicación cada 12 horas	Tópica	RA: coloración marrón de dientes y encías, especialmente cuando se administra junto con alimentos ricos en taninos (vino, té,...) y tabaco.
CARBENOXOLONA	1 aplicación 4 veces al día sobre la zona a tratar preferiblemente después de las comidas y antes de acostarse	Tópica	RA: coloración parda en dientes y empastes. Utilizar en casos leves y moderados. P: evitar la ingesta por posibles reacciones adversas sistémicas, ya que puede ocasionar retención de agua y sodio y pérdida de potasio. I: no administrar con corticoides locales R: aplicar en capa fina ayudándose de la cánula que viene en el envase de la pomada bucal.
HIDROCORTISONA + BENZALCONIO CLORURO	2-3 toques al día sobre la zona afectada	Tópica	R: casos muy sintomáticos de causa inflamatoria. En personas mayores se prefiere el uso de la solución tópica a los comprimidos para chupar por la alta prevalencia de xerostomía en este grupo de población.

PATOLOGÍA DIGESTIVA

AFTAS BUCALES

MICOSIS ORAL

CICATRIZACIÓN ULCUS PÉPTICO

NO ASOCIADO A *HELICOBACTER PYLORI*

Inhibidores de la bomba de protones

INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

GASTROPATÍA POR ANTIINFLAMATORIOS
NO ESTEROIDEOS

DISPEPSIA FUNCIONAL

ENFERMEDAD POR REFLUJO

GASTROESOFÁGICO

CÓLICO BILIAR

DIARREA AGUDA

DIARREA POR *CHLOSTRIDIUM DIFFICILE*

ESTREÑIMIENTO

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

VÓMITOS

BIBLIOGRAFÍA

MICOSIS ORAL

Se debe mantener una buena higiene bucal incluyendo la limpieza de las prótesis dentales por las noches para eliminar la fuente de infección.

La efectividad del tratamiento tópico oral depende en gran medida del tiempo de contacto del preparado con la mucosa oral por lo que se deben mantener el máximo tiempo posible antes de tragarlos. En personas mayores altamente deterioradas que no colaboren en la realización de estos tratamientos, se debe valorar el uso de fluconazol 50 mg cada 24 horas durante 7 días.

La duración de los tratamientos será de al menos hasta dos días después de desaparecer los síntomas.

Miconazol parece ser ligeramente más efectivo que nistatina en el tratamiento de la candidiasis oral por lo que se recomienda como primera opción en pacientes sin riesgo de interacciones. Nistatina no ha demostrado ser eficaz en la prevención en pacientes que van a recibir quimio o radioterapia.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V.A.	OBSERVACIONES
MICONAZOL	100 mg (2 cucharadas dosificadoras grandes de gel oral) cada 6 horas	VO	RA: náuseas. Diarrea en periodos prolongados. R: administrar separadamente de las comidas al menos dos horas. P: se absorbe ligeramente (biodisponibilidad 25-30%) pudiendo producir efectos adversos sistémicos e interacciones medicamentosas.
NISTATINA	2,5-5 ml cada 6-8 horas	VO	RA: diarrea y dolores gastrointestinales a grandes dosis R: administrar tras las comidas y previa higiene bucal, mantener la suspensión varios minutos en la boca y posteriormente tragar.

PATOLOGÍA DIGESTIVA

AFTAS BUCALES

MICOSIS ORAL

CICATRIZACIÓN ULCUS PÉPTICO
NO ASOCIADO A *HELICOBACTER PYLORI*

Inhibidores de la bomba de protones

INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

GASTROPATÍA POR ANTIINFLAMATORIOS
NO ESTEROIDEOS

DISPEPSIA FUNCIONAL

ENFERMEDAD POR REFLUJO

GASTROESOFÁGICO

CÓLICO BILIAR

DIARREA AGUDA

DIARREA POR *CHLOSTRIDIUM DIFFICILE*

ESTREÑIMIENTO

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

VÓMITOS

BIBLIOGRAFÍA

CICATRIZACIÓN ULCUS PÉPTICO NO ASOCIADO A *HELICOBACTER PYLORI*

La incidencia de UP en ausencia de infección por *H. pylori* y de AINE es muy baja y siempre se ha de sospechar una posible automedicación no reconocida u olvidada con AAS u otros AINE por parte del paciente mayor. Las medidas no farmacológicas a tener en cuenta incluyen la supresión del hábito tabáquico y de los AINE. Se recomienda la supresión únicamente de los alimentos que produzcan síntomas, así como moderar la ingesta de alcohol.

En el caso de úlcera gástrica es IMPRESCINDIBLE la realización de endoscopia de control para confirmar la curación.

El fármaco de elección es un IBP por tener mayor potencia antisecretora que los anti-H₂ y un perfil de tolerancia favorable. Éstos últimos se podrían utilizar como alternativa en aquellos pacientes que no toleren los IBP o en los que esté contraindicado su uso. Entre los IBP se recomienda el uso preferente de omeprazol por ser el más eficiente.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V.A.	OBSERVACIONES
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES			
OMEPRAZOL	20-40 mg cada 24 horas Duración: 4 semanas en úlcera duodenal; 6-8 en gástrica Si úlcera de gran tamaño (>1-2 cm) utilizar dosis doble 40 mg y hasta 12 semanas	VO	<p>De elección.</p> <p>RA: cefaleas, náuseas, diarrea, estreñimiento. En casos aislados: mareos, parestesias, vértigos, mialgias, fotosensibilidad y otras reacciones dermatológicas, hepatotoxicidad</p> <p>P: IH, se han asociado con posible riesgo de fractura ósea y déficit de vitamina B12 en personas mayores. Casos aislados de hipomagnesemia severa de causa aún no conocida (precaución con diuréticos, digoxina o ciclosporina); valorar la necesidad de monitorizar los niveles de Mg en pacientes que vayan a comenzar tratamiento prolongado con IBP.</p> <p>I: diazepam, rifampicina, rilpivirina, atazanavir, itraconazol comprimidos, ketoconazol, risedronato, dasatinib, erlotinib, sofosbuvir y telaprevir. Respecto a los anticoagulantes orales y antiagregantes plaquetarios en caso de existir interacción, no es clínicamente significativa.</p> <p>R: administrar 30 minutos antes del desayuno y de la cena en el caso de tener que fraccionar la dosis.</p> <p>En la UP Hp (-) la recidiva ulcerosa es frecuente y requiere de un tratamiento de mantenimiento a largo plazo (un año) en pacientes de alto riesgo de recidiva.</p> <p>En el síndrome hipersecretor, ej: Síndrome de Zollinger-Ellison, el tratamiento debe ser indefinido y preferiblemente IBP a dosis altas (omeprazol 60-80 mg al día).</p>

PATOLOGÍA DIGESTIVA

AFTAS BUCALES

MICOSIS ORAL

CICATRIZACIÓN ULCUS PÉPTICO

NO ASOCIADO A *HELICOBACTER PYLORI*

Inhibidores de la bomba de protones

INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

GASTROPATÍA POR ANTIINFLAMATORIOS
NO ESTEROIDEOS

DISPEPSIA FUNCIONAL

ENFERMEDAD POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO

CÓLICO BILIAR

DIARREA AGUDA

DIARREA POR *CHLOSTRIDIUM DIFFICILE*

ESTREÑIMIENTO

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

VÓMITOS

BIBLIOGRAFÍA

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V.A.	OBSERVACIONES
ESOMEPRAZOL	20-40 mg cada 24 horas Duración: 4 semanas en úlcera duodenal; 6-8 en gástrica Si úlcera de gran tamaño (>1-2 cm) utilizar dosis doble 40 mg y hasta 12 semanas	VO	D: Alternativa a omeprazol en pacientes en los que se obstruya la sonda con el uso de omeprazol. Ver omeprazol.
ANTAGONISTAS H2			
RANITIDINA	300 mg cada 24 horas al acostarse 150 mg cada 12 horas Duración: 4 semanas en úlcera duodenal; 6-8 en gástrica	VO	Alternativa en aquellos pacientes que no toleren los IBP o en los que esté contraindicado su uso. RA: gastrointestinales, cefalea, raramente confusión mental en personas de edad avanzada. CI: porfiria aguda intermitente. I: risedronato, dasatinib. IR: ClCr 10-50 ml/min: 75% dosis; ClCr menor que 10ml/min: 50% dosis. D: pulverizar y dispersar los comprimidos en agua. R: monitorizar función renal y hepática en tratamientos prolongados

Inhibidores de la bomba de protones

Se debe reevaluar periódicamente su uso, ya que en general, los tratamientos no deberían prolongarse más de 8-12 semanas salvo en ERGE erosiva grave, síndrome de Zollinger-Ellison, y gastroprotección por fármacos gastrolesivos cuando esté indicado (ver apartado Gastropatía por AINE).

La inhibición de la secreción ácida da lugar a hipoclorhidria e hipergastrinemia, lo que, teóricamente, podría favorecer el desarrollo de tumores gastrointestinales aunque no se han detectado casos demostrados en humanos. A largo plazo los IBP se han visto asociados a infecciones por *C. difficile*, hipomagnesemia, hipocalcemia, déficit de vitamina B12 y riesgo de fracturas óseas aunque el significado clínico de estas asociaciones es incierto al no existir pruebas experimentales que lo demuestren. Se debe interrumpir el IBP en el caso de diarrea y fiebre persistente.

Respecto a los IBP comercializados actualmente en España (omeprazol, pantoprazol, rabeprazol, lansoprazol y esomeprazol), la mayoría de los estudios comparativos concluyen que tanto la eficacia clínica, como la frecuencia de interacciones de todos ellos son similares y que las diferencias encontradas en algunos estudios se deben a que se compararon unos frente a otros a dosis no equipotentes.

PATOLOGÍA DIGESTIVA

AFTAS BUCALES

MICOSIS ORAL

CICATRIZACIÓN ULCUS PÉPTICO
NO ASOCIADO A *HELICOBACTER PYLORI*

Inhibidores de la bomba de protones

INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

GASTROPATÍA POR ANTIINFLAMATORIOS
NO ESTEROIDEOS

DISPEPSIA FUNCIONAL

ENFERMEDAD POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO

CÓLICO BILIAR

DIARREA AGUDA

DIARREA POR *CHLOSTRIDIUM DIFFICILE*

ESTREÑIMIENTO

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

VÓMITOS

BIBLIOGRAFÍA

Ha habido mucha controversia ante la posible interacción con el uso de omeprazol y esomeprazol conjuntamente con **clopidogrel**. Actualmente la recomendación de las agencias reguladoras es evitar la asociación. Sin embargo, los resultados de los metaánalisis publicados en estos últimos años no demuestran una asociación positiva entre el uso de IBP y el aumento de eventos vasculares. Por otro lado, la evidencia actual apoya el uso de IBP en pacientes en tratamiento con doble antiagregación AAS-clopidogrel en los que el riesgo de complicaciones gastrointestinales esté aumentado ya que la suspensión del IBP se traduce en mayores tasas de eventos gastrointestinales sin verse afectados los eventos cardiovasculares.

	OMEPRAZOL	LANSOPRAZOL	PANTOPRAZOL	RABEPRAZOL	ESOMEPRAZOL
Dosis bajas	10 mg	15 mg	20 mg	10 mg	10 mg
Dosis estándar	20 mg	30 mg	40 mg	20 mg	20 mg
Dosis altas	40 mg	60 mg	80 mg	40 mg	40 mg

INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

La infección por *H. pylori* es la causa principal de desarrollo de úlcera péptica y de linfoma MALT gástrico de bajo grado. El 95% de los casos con úlcus duodenal (80% en el caso de úlcus gástrico) tienen infección por *Helicobacter pylori*. Sin embargo, a pesar de ser una infección muy prevalente (>50% de la población y mayor aún en la adulta), sólo un 10% de personas desarrollarán en el futuro una úlcera gastroduodenal.

Se debe tratar a todos los pacientes con úlcera péptica e infección. Además, se recomienda investigar y tratar a pacientes con antecedentes de úlcera y tratamiento prolongado con AINE o ácido acetilsalicílico, linfoma MALT gástrico, resección quirúrgica o endoscópica de cáncer gástrico, familiares de primer grado de pacientes con cáncer gástrico, anemia ferropénica de causa no aclarada, déficit de vitamina B12 de causa desconocida y púrpura idiopática trombocitopénica.

En las personas mayores con sintomatología dispéptica (especialmente de inicio reciente, persistente y no relacionada con la toma de fármacos gastrolesivos como AINE) se debe hacer endoscopia para el diagnóstico con el fin de descartar la presencia de lesiones malignas. En las personas mayores con síntomas de larga evolución no es necesario hacer gastroscopia, pudiendo investigar la presencia de *H. pylori* con un test no invasivo. La prueba del aliento es el método no invasivo de elección para el diagnóstico y la confirmación de la erradicación tras el tratamiento. Como alternativa en pacientes que no fuesen capaces de realizar el test del aliento se podría utilizar la detección del antígeno en heces. Sin embargo, en la úlcera gástrica y en el linfoma MALT es necesaria la realización de endoscopia de control por lo que la confirmación de la erradicación se puede hacer por biopsia gástrica. Tanto si se realiza una prueba invasiva como no invasiva, es obligatorio suspender 2 semanas antes los IBP y esperar 4 semanas tras cualquier tratamiento antibiótico para evitar falsos negativos.

En todo tratamiento de erradicación es fundamental verificar el cumplimiento del paciente, pues es uno de los factores más importantes para obtener el resultado deseado. Se sugiere utilizar como primera línea una pauta cuádruple concomitante con IBP, claritromicina, amoxicilina y metronidazol si

PATOLOGÍA DIGESTIVA

AFTAS BUCALES

MICOSIS ORAL

CICATRIZACIÓN ULCUS PÉPTICO

NO ASOCIADO A *HELICOBACTER PYLORI*

Inhibidores de la bomba de protones

INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

GASTROPATÍA POR ANTIINFLAMATORIOS
NO ESTEROIDEOS

DISPEPSIA FUNCIONAL

ENFERMEDAD POR REFLUJO

GASTROESOFÁGICO

CÓLICO BILIAR

DIARREA AGUDA

DIARREA POR *CHLOSTRIDIUM DIFFICILE*

ESTREÑIMIENTO

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

VÓMITOS

BIBLIOGRAFÍA

el porcentaje de resistencia a claritromicina supera el 15%, lo que en España ocurre frecuentemente. Se podría utilizar la triple terapia clásica como primera opción solo en áreas donde la resistencia a claritromicina sea inferior al 15% ó la eficacia de la triple terapia se sitúe por encima del 90%. La **duración** de las pautas varía entre **10-14 días**. Sólo se debe mantener el tratamiento antisecreto durante 4-8 semanas en los pacientes con úlcera gástrica mayor de 1 cm.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V.A.	OBSERVACIONES
OMEPRAZOL	20 mg cada 12 horas en cuádruple terapia concomitante 40 mg cada 12 horas en triple terapia clásica Duración: 10-14 días	VO	Ver Cicatrización úlcus péptico no asociado a <i>Helicobacter pylori</i> . R: administrar 30 minutos antes del desayuno y de la cena.
AMOXICILINA	1 g cada 12 horas Duración: 10-14 días	VO	RA: erupciones exantemáticas, intolerancia digestiva, sobreinfecciones (<i>C. difficile</i> , candidiasis orofaríngea y vulvovaginal). P: asma, alérgicos, enfermedad inflamatoria intestinal. I: alopurinol puede aumentar la toxicidad de amoxicilina. BCG intravesical. IR: ClCr 10-30 ml/min: 500 mg cada 12 horas; ClCr menor que 10 ml/min: 500 mg cada 24 horas.
CLARITROMICINA	500 mg cada 12 horas (administrar con las comidas) Duración: 10-14 días	VO	RA: sequedad de boca, trastorno de la percepción del sabor, cefalea, tinnitus y pérdida de audición, náuseas, vómitos, diarrea, erupciones leves de la piel. CI: prolongación del QT. P: pacientes con historial de discrasias sanguíneas e IH. I: puede aumentar el efecto de ciclosporina, teofilina y carbamazepina. No administrar con fármacos que prologuen el intervalo QT. IR: ClCr menor que 30 ml/min: 50% dosis.
METRONIDAZOL	500 mg cada 12 horas Duración: 10-14 días	VO	Utilizar pauta triple clásica SIN metronidazol si se dispone de dato microbiológico local que avale una tasa baja de resistencia a claritromicina (<15%) RA: gastrointestinales, sabor metálico, candidiasis, reacciones dermatológicas, diarrea, tinción de la orina rojo-marrón, neuropatía periférica dosis-dependiente. P: discrasias sanguíneas, IH, convulsiones, I: alcohol, disulfiram, BCG, pimizida. D: dispersar los comprimidos en agua.

PATOLOGÍA DIGESTIVA

AFTAS BUCALES

MICOSIS ORAL

CICATRIZACIÓN ULCUS PÉPTICO
NO ASOCIADO A *HELICOBACTER PYLORI*

Inhibidores de la bomba de protones

INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

GASTROPATÍA POR ANTIINFLAMATORIOS
NO ESTEROIDEOS

DISPEPSIA FUNCIONAL

ENFERMEDAD POR REFLUJO

GASTROESOFÁGICO

CÓLICO BILIAR

DIARREA AGUDA

DIARREA POR *CHLOSTRIDIUM DIFFICILE*

ESTREÑIMIENTO

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

VÓMITOS

BIBLIOGRAFÍA

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V.A.	OBSERVACIONES
TRATAMIENTOS DE RESCATE			
LEVOFLOXACINO	500 mg cada 24 horas	VO	<p>Como alternativa junto con amoxicilina y omeprazol si fracaso a cuádruple terapia o a la triple en caso de que las resistencias a claritromicina sean inferiores a 15%.</p> <p>La AEMPS publicó información sobre la seguridad de las fluorquinolonas indicando que levofloxacino puede inducir prolongación del QT.</p> <p>RA: gastrointestinales, hipoglucemia, cefalea, mareo, prurito, erupciones exantemáticas, taquicardia, hipotensión, aumento de transaminasas.</p> <p>CI: epilepsia, miastenia grave.</p> <p>P: IR, IH, prolongación del QT, hipoglucemia, neuropatía periférica, tendinitis, convulsiones, déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa.</p> <p>I: medicamentos que prolongan el QT, ivabradina, mifepristona</p> <p>IR: 1ª dosis usual, posteriores: ClCr=20-50 ml/min: reducir a la mitad, ClCr<20 ml/min: 125 mg cada 24 horas.</p> <p>D: el comprimido se puede pulverizar y dispersar en agua.</p>
SUBCITRATO DE BISMUTO	120 mg cada 6 horas	VO	<p>En alérgicos a penicilina junto con omeprazol, tetraciclina y metronidazol.</p> <p>RA: digestivas, dermatológicas, encefalopatía bismútica (especialmente en pacientes con insuficiencia renal), sabor metálico.</p> <p>CI: IR.</p> <p>P: encefalopatía bismútica: si aparecen síntomas de neurotoxicidad como alteraciones del humor, confusión, alucinaciones, convulsiones o parestesias se debe suspender inmediatamente el tratamiento.</p> <p>D: los comprimidos se deben tragar enteros.</p>

PATOLOGÍA DIGESTIVA

AFTAS BUCALES

MICOSIS ORAL

CICATRIZACIÓN ULCUS PÉPTICO

NO ASOCIADO A *HELICOBACTER PYLORI*

Inhibidores de la bomba de protones

INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

GASTROPATÍA POR ANTIINFLAMATORIOS
NO ESTEROIDEOS

DISPEPSIA FUNCIONAL

ENFERMEDAD POR REFLUJO

GASTROESOFÁGICO

CÓLICO BILIAR

DIARREA AGUDA

DIARREA POR *CHLOSTRIDIUM DIFFICILE*

ESTREÑIMIENTO

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

VÓMITOS

BIBLIOGRAFÍA

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V.A.	OBSERVACIONES
TETRACICLINA	500 mg cada 6 horas	VO	<p>En alérgicos a penicilina junto con omeprazol, subcitrate de bismuto y metronidazol.</p> <p>En caso de desabastecimiento se puede utilizar doxiciclina 100 mg cada 12 horas, aunque la evidencia es mucho más limitada.</p> <p>RA: digestivas, alergia, dolor osteomuscular, mialgia, trastornos visión, cefalea.</p> <p>P: IR, hepatopatía, colitis pseudomembranosa, sobreinfección de microorganismos, fotosensibilidad, hipertensión intracraneal.</p> <p>IR: ClCr=50-80 ml/min cada 8-12 horas; ClCr=30-50 ml/min cada 12-24 horas; ClCr<30 ml/min no se recomienda.</p> <p>IH: no se recomienda superar la dosis de 1 g cada 24 horas.</p> <p>I: derivados del ácido retinoico, ranelato de estroncio, mecamilamina.</p>

PRIMERA ELECCIÓN	REGÍMENES DE RESCATE
<p>CUÁDRUPLE TERAPIA (de elección en España)</p> <p>Omeprazol 20 mg cada 12 horas Claritromicina 500 mg cada 12 horas Amoxicilina 1 g cada 12 horas Metronidazol 500 mg cada 12 horas Duración: 14 días</p>	<p>Omeprazol 20 mg cada 12 horas Amoxicilina 1 g cada 12 horas Levofloxacino 500 mg cada 24 horas Subcitrate de bismuto 240 mg cada 12 horas Duración: 14 días</p>
<p>TRIPLE TERAPIA (si confirmación microbiológica de resistencia a claritromicina <15%)</p> <p>Omeprazol 40 mg cada 12 horas Claritromicina 500 mg cada 12 horas Amoxicilina 1 g cada 12 horas Duración: 14 días</p>	
<p>ALÉRGICOS A PENICILINA</p> <p>Omeprazol 20 mg cada 12 horas Subcitrate de bismuto 120 mg cada 6 horas Tetraciclina* 500 mg cada 6 horas Metronidazol 500 mg cada 8 horas[†] Duración: 10-14 días</p>	<p>Omeprazol 40 mg cada 12 horas Claritromicina 500 mg cada 12 horas Levofloxacino 500 mg cada 24 horas Duración: 10 días</p>

* En caso de desabastecimiento de tetraciclina se puede utilizar doxiciclina 100 mg cada 12 horas, aunque la evidencia es mucho más limitada.† Actualmente se encuentra disponible un medicamento que combina subcitrate de bismuto, tetraciclina y metronidazol en un comprimido para facilitar la administración de la pauta cuádruple con bismuto. La pauta posológica es tres comprimidos cuatro veces al día, a lo que habría que añadir omeprazol 20 mg cada 12 horas durante 10 días.

PATOLOGÍA DIGESTIVA

AFTAS BUCALES

MICOSIS ORAL

CICATRIZACIÓN ULCUS PÉPTICO

NO ASOCIADO A *HELICOBACTER PYLORI*

Inhibidores de la bomba de protones

INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

GASTROPATÍA POR ANTIINFLAMATORIOS
NO ESTEROIDEOS

DISPEPSIA FUNCIONAL

ENFERMEDAD POR REFLUJO

GASTROESOFÁGICO

CÓLICO BILIAR

DIARREA AGUDA

DIARREA POR *CHLOSTRIDIUM DIFFICILE*

ESTREÑIMIENTO

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

VÓMITOS

BIBLIOGRAFÍA

GASTROPATÍA POR ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINE)

Una vez descartada la infección por *Helicobacter pylori*, la ingesta de AINE es la causa principal de UP. **No se debe prescribir un IBP a un paciente polimedcado por el hecho de serlo**; las personas que más se van a beneficiar de la gastroprotección con IBP son aquellas con riesgo gastrointestinal moderado-alto en tratamiento con AINE. Otros grupos de fármacos pueden potencialmente aumentar el riesgo de sufrir una hemorragia digestiva alta como los antiagregantes, los anticoagulantes, los corticoides y los ISRS; sin embargo, en éstos la evidencia del beneficio de la gastroprotección con IBP es menor y en algunos casos controvertida.

Antes de realizar prevención activa de las complicaciones GI de los AINE, deberemos valorar la necesidad de prescribirlos, utilizando previamente, si es posible paracetamol como analgésico.

A la hora de prescribir un AINE hay que tener en cuenta el riesgo gastrointestinal y cardiovascular del paciente. La edad junto con la historia de complicaciones por enfermedad ulcerosa previa son los factores de riesgo gastrointestinal más importantes. Si es imprescindible su uso, seleccionar los menos gastrolesivos y con mayor experiencia clínica como ibuprofeno o diclofenaco en pacientes de riesgo cardiovascular bajo, a la dosis más baja posible y durante el menor tiempo posible. En un paciente con riesgo cardiovascular y gastrointestinal alto se debería evitar el uso de AINE. En el caso de que fuese imprescindible, valorar qué riesgo es mayor para la selección de AINE (ver tabla en Recomendaciones).

RIESGO GASTROINTESTINAL BAJO	SIN FACTORES DE RIESGO
Riesgo gastrointestinal moderado (1-2 factores de riesgo)	Edad mayor que 65 años Dosis altas de AINE Antecedente de úlcera no complicada Uso concomitante de antiagregantes, anticoagulantes, corticoides o ISRS
Riesgo gastrointestinal alto	Antecedente de úlcera complicada Edad mayor que 75 años Dos o más factores de riesgo de los anteriores

Algunas medidas que pueden **disminuir la gastrolesividad** son:

- Utilizar la dosis mínima eficaz de AINE o AAS y tratar durante el menor tiempo posible.
- Emplear un AINE de vida media corta o con menor potencial gastrolesivo:
 - Riesgo alto: AAS, naproxeno, indometacina, ketoprofeno/dexketoprofeno y meloxicam.
 - Riesgo muy alto: piroxicam y ketorolaco.
- Reducir o suspender el uso concomitante de otros fármacos que aumenten el riesgo de sangrado.

PATOLOGÍA DIGESTIVA

AFTAS BUCALES

MICOSIS ORAL

CICATRIZACIÓN ULCUS PÉPTICO
NO ASOCIADO A *HELICOBACTER PYLORI*

Inhibidores de la bomba de protones

INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

GASTROPATÍA POR ANTIINFLAMATORIOS
NO ESTEROIDEOS

DISPEPSIA FUNCIONAL

ENFERMEDAD POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO

CÓLICO BILIAR

DIARREA AGUDA

DIARREA POR *CHLOSTRIDIUM DIFFICILE*

ESTREÑIMIENTO

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

VÓMITOS

BIBLIOGRAFÍA

- Tomar después de las comidas.
- Evitar el tabaco y reducir el consumo de alcohol.
- Nunca asociar dos AINE, puesto que los efectos adversos son aditivos.

En cuanto a los antiagregantes, sustituir AAS por clopidogrel se asocia a un riesgo de hemorragia gastrointestinal similar al AAS a dosis bajas, por lo que no se recomienda el cambio con el fin de disminuir la gastrolesividad. En caso necesario se debe utilizar gastroprotección con IBP, tanto con AAS como con clopidogrel.

Los síntomas dispépticos no son criterio para realizar profilaxis, siendo suficiente un tratamiento sintomático con antiácidos.

Profilaxis

Los IBP a dosis estándar son los fármacos de elección para la gastroprotección (el uso de dosis dobles no protege más y las dosis bajas sólo han mostrado eficacia en algunos casos).

Misoprostol ha demostrado reducir la incidencia de complicaciones a dosis diarias de 200 mg cada 6 horas, pero debido a sus efectos secundarios (dolor abdominal, diarrea) no se considera de primera elección.

Los anti-H₂ como ranitidina tienen menos eficacia como gastroprotectores.

Recomendaciones

A la hora de prescribir un **AINE** hay que tener en cuenta el riesgo gastrointestinal y cardiovascular del paciente. En función del mismo se sugiere seguir las recomendaciones de la siguiente tabla.

	RCV BAJO	RCV ALTO
RGI bajo	AINE clásico	Naproxeno
RGI moderado	AINE + IBP	Naproxeno + IBP
RGI alto	Celecoxib + IBP	Evitar

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V.A.	OBSERVACIONES
OMEPRAZOL	20 mg cada 24 horas	VO	Ver Cicatrización de ulcus péptico no asociada a <i>H. pylori</i> .

PATOLOGÍA DIGESTIVA

AFTAS BUCALES

MICOSIS ORAL

CICATRIZACIÓN ULCUS PÉPTICO
NO ASOCIADO A *HELICOBACTER PYLORI*

Inhibidores de la bomba de protones

INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

GASTROPATÍA POR ANTIINFLAMATORIOS
NO ESTEROIDEOS

DISPEPSIA FUNCIONAL

ENFERMEDAD POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO

CÓLICO BILIAR

DIARREA AGUDA

DIARREA POR *CHLOSTRIDIUM DIFFICILE*

ESTREÑIMIENTO

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

VÓMITOS

BIBLIOGRAFÍA

DISPEPSIA FUNCIONAL

El diagnóstico de dispepsia funcional es un diagnóstico por exclusión, debiendo previamente haber descartado la presencia de una lesión orgánica y sus causas (infección por *H. pylori* mediante la estrategia “test and treat” entre ellas). La dispepsia en sentido genérico se define como cualquier dolor o molestia localizada en la parte central de la mitad superior del abdomen. Los síntomas característicos que pueden acompañar al dolor son: ardor, sensación de plenitud en la zona superior, distensión, saciedad precoz, eructos, náuseas y/o vómitos. Los síntomas pueden ser continuos o intermitentes y de duración mínima de 24 semanas, activos al menos 12 semanas, sin que las exploraciones diagnósticas objetiven lesión orgánica.

Los síntomas de la dispepsia funcional pueden clasificarse en dos categorías en las que se va a basar el abordaje farmacoterapéutico: síndrome de distrés postprandial y síndrome de dolor epigástrico. Las guías recomiendan como aproximación terapéutica la administración durante un mes de procinéticos en el primer caso y de antisecretores (preferiblemente IBP a dosis estándar) en el segundo. Si no hay mejoría se puede ensayar la combinación de ambos o aumentar la dosis de IBP hasta dosis doble durante otras cuatro semanas en la dispepsia funcional con síndrome de dolor epigástrico. Sin embargo, la AEMPS no recomienda el uso de metoclopramida y domperidona como procinéticos debido al aumento de reacciones adversas extrapiramidales y cardíacas. Los antiácidos, el sucralfato y las sales de bismuto no han mostrado mejoría frente a placebo.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V.A.	OBSERVACIONES
PROCINÉTICOS			
CINITAPRIDA	1 mg cada 8 horas Duración: 4 semanas	VO	RA: discinesia tardía, síntomas extrapiramidales, ginecomastia, angioedema. CI: perforación gastrointestinal, intolerancia a la lactosa. P: enfermedad de Parkinson. I: antagonistas dopaminérgicos, inhibidores potentes del CYP3A4. D: pulverizar y dispersar en agua. R: 15 minutos antes de las comidas. Si hubo buena respuesta inicial y reaparecen los síntomas utilizar a demanda a la misma dosis para el mantenimiento.
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES			
OMEPRAZOL	10-40 mg cada 24 horas, 30 minutos antes del desayuno Duración: 4 semanas pudiendo repetir el ciclo a dosis doble si no hubo respuesta en las primeras 4 semanas	VO	Ver Cicatrización ulcus péptico no asociado a <i>Helicobacter pylori</i> . R: si hubo buena respuesta inicial y reaparecen los síntomas utilizar a demanda a la misma dosis para el mantenimiento.

PATOLOGÍA DIGESTIVA

AFTAS BUCALES

MICOSIS ORAL

CICATRIZACIÓN ULCUS PÉPTICO
NO ASOCIADO A *HELICOBACTER PYLORI*

Inhibidores de la bomba de protones

INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

GASTROPATÍA POR ANTIINFLAMATORIOS
NO ESTEROIDEOS

DISPEPSIA FUNCIONAL

ENFERMEDAD POR REFLUJO

GASTROESOFÁGICO

CÓLICO BILIAR

DIARREA AGUDA

DIARREA POR *CHLOSTRIDIUM DIFFICILE*

ESTREÑIMIENTO

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

VÓMITOS

BIBLIOGRAFÍA

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V.A.	OBSERVACIONES
ESOMEPRAZOL	10-40 mg cada 24 horas, 30 min. antes del desayuno Duración: 4 semanas pudiendo repetir el ciclo a dosis doble si no hubo respuesta en las primeras 4 semanas	VO	Ver Cicatrización ulcus péptico no asociado a <i>Helicobacter pylori</i> . D: Alternativa a omeprazol en pacientes en los que se obstruya la sonda con el uso de omeprazol.

PATOLOGÍA DIGESTIVA

AFTAS BUCALES

MICOSIS ORAL

CICATRIZACIÓN ULCUS PÉPTICO
NO ASOCIADO A *HELICOBACTER PYLORI*

Inhibidores de la bomba de protones

INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

GASTROPATÍA POR ANTIINFLAMATORIOS
NO ESTEROIDEOS

DISPEPSIA FUNCIONAL

ENFERMEDAD POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO

CÓLICO BILIAR

DIARREA AGUDA

DIARREA POR *CHLOSTRIDIUM DIFFICILE*

ESTREÑIMIENTO

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

VÓMITOS

BIBLIOGRAFÍA

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

La ERGE es el trastorno más frecuente de entre todas las enfermedades relacionadas con la hipersecreción ácida. Si bien la pirosis es el síntoma principal, en la persona mayor la prevalencia de sintomatología atípica (carraspeo, disfonía, sensación de cuerpo extraño, tos, asma, dolor torácico o manifestaciones orales) se presenta con mayor frecuencia. El diagnóstico en la población general puede ser clínico por la sintomatología típica y confirmada con un ensayo terapéutico de IBP. Por el contrario, en las personas mayores está recomendada la realización de endoscopia si hay sospecha clínica con síntomas de alarma (disfagia, odinofagia, pérdida de peso, hemorragia digestiva o anemia).

Las medidas no farmacológicas a recomendar son: disminuir el peso, elevar el cabecero de la cama, no acostarse hasta 2 horas tras ingesta y evitar el decúbito derecho. No se deben hacer restricciones dietéticas generalizadas sino sólo ayudar a identificar posibles alimentos o sustancias que agraven los síntomas (picantes, café, chocolate, comida picante, refrescos, alcohol, etc.).

El tratamiento va a depender del resultado de la endoscopia, de la frecuencia e intensidad de los síntomas, de la presencia de lesión esofágica y de la gravedad de la misma. La base del tratamiento son los IBP, la alternativa en pacientes que no pudiesen utilizarlos serían los anti-H₂.

DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO INICIAL	TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO
ERGE no investigada con síntomas típicos ocasionales	Antiácidos±alginato o Anti-H ₂ o IBP a demanda; si no hay remisión IBP a dosis estándar 4 semanas	Ensayo de retirada con tratamiento a demanda
ERGE no investigada con síntomas típicos o dolor torácico, ERGE no erosiva y esofagitis leve (grado A-B)	Tratamiento empírico con IBP a dosis estándar 4 semanas; si no hay remisión IBP a dosis doble 4-8 semanas	Ensayo de retirada con tratamiento a demanda; si recidiva en menos de 3 meses IBP a la mínima dosis eficaz
ERGE no investigada con síntomas extraesofágicos	Ensayo terapéutico con IBP a dosis doble 8-12 semanas	Ensayo de retirada con tratamiento a demanda; si recidiva en menos de 3 meses IBP a la mínima dosis eficaz
ERGE erosiva grave (grado C-D)	IBP a dosis doble 8 semanas; si no hay remisión prolongar 8 semanas	Tratamiento de mantenimiento continuado con IBP a la dosis mínima eficaz; si recidiva aumentar la dosis. Valorar cirugía antirreflujo en pacientes seleccionados con mal control clínico con IBP (síntomas y lesiones ulcerosas), especialmente si hay esófago de Barret.

PATOLOGÍA DIGESTIVA

AFTAS BUCALES

MICOSIS ORAL

CICATRIZACIÓN ULCUS PÉPTICO
NO ASOCIADO A *HELICOBACTER PYLORI*

Inhibidores de la bomba de protones

INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

GASTROPATÍA POR ANTIINFLAMATORIOS
NO ESTEROIDEOS

DISPEPSIA FUNCIONAL

ENFERMEDAD POR REFLUJO

GASTROESOFÁGICO

CÓLICO BILIAR

DIARREA AGUDA

DIARREA POR *CHLOSTRIDIUM DIFFICILE*

ESTREÑIMIENTO

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

VÓMITOS

BIBLIOGRAFÍA

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V.A.	OBSERVACIONES
ANTIÁCIDOS			
No financiados por el SNS			
ALMAGATO	1-1,5 g 30-60 min. después de las comidas. Puede darse una dosis extra al acostarse si persisten los síntomas Dosis máxima: 8 g al día	VO	RA: riesgo de hipermagnesemia en IR. Estreñimiento o diarrea. CI: enfermedad de Alzheimer, hemorragia gastrointestinal no diagnosticada, diarrea y hemorroides I: interfieren en la absorción de varios fármacos (en especial, digoxina, antihistamínicos H ₁ , tetraciclinas, isoniazida, quinolonas y sales de hierro), por lo que deben administrarse separados de estos fármacos al menos 2-3 horas. R: evitar tratamientos prolongados en pacientes con IR pues el ión aluminio puede acumularse y puede empeorar la osteoporosis y la osteomalacia.
ALGINATO SODIO, SODIO BICARBONATO, CALCIO CARBONATO	2-4 comprimidos según necesidad hasta 4 veces al día 10-20 ml de suspensión oral hasta cuatro veces al día	VO	RA: reacciones anafilácticas, urticaria, broncoespasmo, hipercalcemia y alcalosis. P: no administrar con grandes cantidades de calcio o productos lácteos, monitorizar calcio, fosfato y magnesio en pacientes con alteración de la función renal, cálculos renales, estreñimiento. CI: IR grave, hipercalcemia, antecedentes de hipofosfatemia, nefrolitiasis por cálculos renales. I: dejar un intervalo de dos horas entre la toma de este medicamento y otros. R: tomar después de las comidas,
ANTAGONISTAS H₂			
RANITIDINA	300 mg cada 24 horas al acostarse 150 mg cada 12 horas Duración: - A demanda - 4-12 semanas	VO	Ver Cicatrización úlcus péptico no asociado a <i>Helicobacter pylori</i> . Se administrará a demanda en ERGE no investigada.

PATOLOGÍA DIGESTIVA

AFTAS BUCALES MICOSIS ORAL

CICATRIZACIÓN ÚLCUS PÉPTICO

NO ASOCIADO A *HELICOBACTER PYLORI*

Inhibidores de la bomba de protones

INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

GASTROPATÍA POR ANTIINFLAMATORIOS

NO ESTEROIDEOS

DISPEPSIA FUNCIONAL

ENFERMEDAD POR REFLUJO

GASTROESOFÁGICO

CÓLICO BILIAR

DIARREA AGUDA

DIARREA POR *CHLOSTRIDIUM DIFFICILE*

ESTREÑIMIENTO

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

VÓMITOS

BIBLIOGRAFÍA

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V.A.	OBSERVACIONES
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES			
OMEPRAZOL	Fase aguda: 20-40 mg al día Mantenimiento: ERGE no grave: 10-40 mg al día a demanda ERGE grave: 20-40 mg al día indefinido:	VO	Ver Cicatrización úlcus péptico no asociado a <i>Helicobacter pylori</i> .
ESOMEPRAZOL	Fase aguda: 20-40 mg al día Mantenimiento: ERGE no grave: 10-40 mg al día a demanda ERGE grave: 20-40 mg al día indefinido	VO	Ver omeprazol en Cicatrización úlcus péptico no asociado a <i>Helicobacter pylori</i> . D: Alternativa a omeprazol en pacientes en los que se obstruya la sonda con el uso de omeprazol, dispersar los comprimidos bucodispersables en agua.

PATOLOGÍA DIGESTIVA

AFTAS BUCALES

MICOSIS ORAL

CICATRIZACIÓN ULCUS PÉPTICO

NO ASOCIADO A *HELICOBACTER PYLORI*

Inhibidores de la bomba de protones

INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

GASTROPATÍA POR ANTIINFLAMATORIOS
NO ESTEROIDEOS

DISPEPSIA FUNCIONAL

ENFERMEDAD POR REFLUJO

GASTROESOFÁGICO

CÓLICO BILIAR

DIARREA AGUDA

DIARREA POR *CHLOSTRIDIUM DIFFICILE*

ESTREÑIMIENTO

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

VÓMITOS

BIBLIOGRAFÍA

CÓLICO BILIAR

El objetivo del tratamiento durante el ataque agudo del cólico biliar es el control del dolor y la prevención de complicaciones. El tratamiento de elección en las crisis consiste en la administración de AINE (fundamentalmente diclofenaco 75 mg IM) por vía IV o IM y la hidratación. La práctica clínica habitual en España es utilizar metamizol. Los AINE han demostrado conseguir el alivio del dolor y disminuir el riesgo de complicaciones como colangitis. La alternativa a pacientes que no pueden tomar AINE son los opiodes, fundamentalmente meperidina 25-100 mg cada 4 horas IV, IM o SC, estando contraindicado el uso de morfina.

El tratamiento puede continuar posteriormente con metamizol oral cada 8 horas.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V.A.	OBSERVACIONES
DICLOFENACO	75 mg cada 24 horas máximo dos días En casos graves se pueden administrar dos inyecciones diarias separadas por varias horas	IM	De elección. RA: alteraciones cutáneas, trastornos gastrointestinales, a dosis altas disminución de la agregación plaquetaria. CI: úlcera gastroduodenal, IH o IR grave. P: HTA, enfermedad inflamatoria intestinal, alteraciones de la coagulación, IC. I: pimozida.
METAMIZOL	2 g dosis única 575 mg cada 6-12 horas	IM / IV VO	RA: hipotensión, agranulocitosis. CI: déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa y porfiria aguda intermitente. P: asma, hemorragia digestiva, úlcera, discrasias sanguíneas, IH. I: ISRS, anticoagulantes orales. D: las ampollas se pueden administrar por vía oral. R: Administrar las ampollas lentamente para evitar hipotensión.

PATOLOGÍA DIGESTIVA

AFTAS BUCALES

MICOSIS ORAL

CICATRIZACIÓN ULCUS PÉPTICO
NO ASOCIADO A *HELICOBACTER PYLORI*

Inhibidores de la bomba de protones

INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

GASTROPATÍA POR ANTIINFLAMATORIOS
NO ESTEROIDEOS

DISPEPSIA FUNCIONAL

ENFERMEDAD POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO

CÓLICO BILIAR

DIARREA AGUDA

DIARREA POR *CHLOSTRIDIUM DIFFICILE*

ESTREÑIMIENTO

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

VÓMITOS

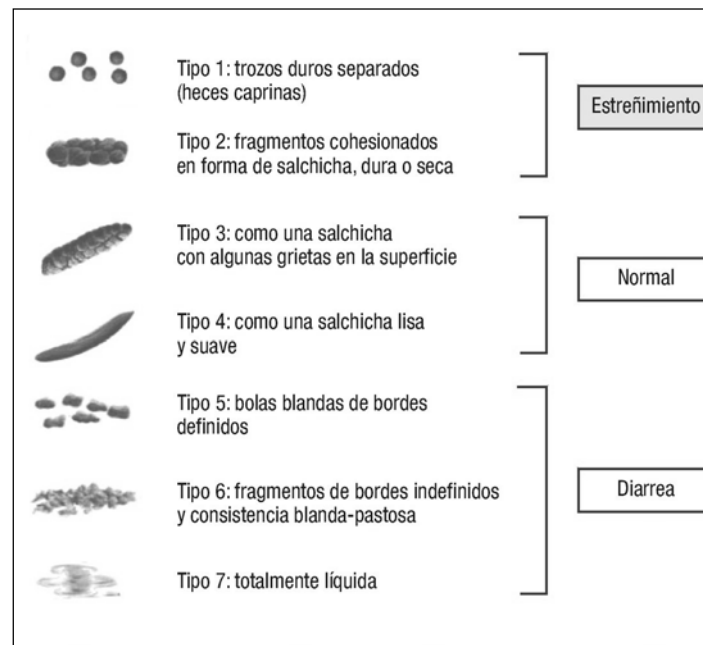
BIBLIOGRAFÍA

DIARREA AGUDA

En la persona mayor es importante descartar fecalomas mediante tacto rectal y revisar el tratamiento farmacológico que puede desencadenarla (antibióticos, laxantes, suplementos dietéticos hiperosmolares). Si existe el antecedente de tratamiento con antibióticos pensar siempre en colitis pseudomembranosa. La escala de Bristol nos indica la presencia de diarrea o estreñimiento según la consistencia de las heces.

Los antidiarreicos y agonistas opioides (excluidos de la financiación) no están indicados en la persona mayor para el tratamiento de la diarrea de causa desconocida (riesgo de retraso diagnóstico, pueden agravar un estreñimiento con diarrea por rebosamiento, pueden precipitar un megacolon tóxico en la enfermedad inflamatoria intestinal y pueden retrasar la curación en la gastroenteritis no diagnosticada) ni para el tratamiento de la gastroenteritis infecciosa grave con diarrea sanguinolenta, fiebre elevada o afectación sistémica grave por el riesgo de exacerbación o prolongación de la infección. Pueden ser útiles en diarrea no infecciosa de causa conocida que no curse con fiebre ni heces sanguinolientas. Loperamida es el fármaco antidiarreico más utilizado, pudiendo usarse tanto en diarrea crónica como aguda. Racecadotril, a dosis de 100 mg seguido de 100 mg cada 8 horas durante un máximo de 7 días, es una alternativa igualmente efectiva que ha mostrado menor incidencia de estreñimiento como reacción adversa que loperamida; sin embargo, no se debe utilizar en personas con IR o IH ni en aquéllos con diarrea crónica por carecerse de suficiente experiencia clínica.

Escala de Bristol de consistencia de las heces



Extraída de Verdejo Bravo et al. Guía de buena práctica clínica en geriatría. Estreñimiento en el anciano. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. 2014.

PATOLOGÍA DIGESTIVA

AFTAS BUCALES

MICOSIS ORAL

CICATRIZACIÓN ULCUS PÉPTICO
NO ASOCIADO A *HELICOBACTER PYLORI*

Inhibidores de la bomba de protones

INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

GASTROPATÍA POR ANTIINFLAMATORIOS
NO ESTEROIDEOS

DISPEPSIA FUNCIONAL

ENFERMEDAD POR REFLUJO

GASTROESOFÁGICO

CÓLICO BILIAR

DIARREA AGUDA

DIARREA POR *CHLOSTRIDIUM DIFFICILE*

ESTREÑIMIENTO

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

VÓMITOS

BIBLIOGRAFÍA

TRATAMIENTO DE LA DESHIDRATACIÓN

El tratamiento de la deshidratación se debe hacer preferentemente por vía oral siempre que sea posible.

El preparado de elección es la limonada alcalina. Se prepara con el zumo de dos limones, añadir agua hasta completar un litro, una punta de cuchillo de sal, otra de bicarbonato y 40 g de azúcar (2 cucharadas soperas de azúcar).

Ver ANEXO Hidratación vía subcutánea.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V.A.	OBSERVACIONES
S.R.O. (Solución de rehidratación oral) Sodio: 90 mEq/l. Cloro: 80 mEq/l. Potasio: 20 mEq/l. Bicarbonato: 30 mEq/l. Glucosa: 20 g (110 mmol/l)	1 sobre en 1 litro de agua. 10-15 ml/Kg/h, durante 6 horas y según pérdidas Iniciar de forma progresiva valorando tolerancia	VO	De elección las SRO hiposódicas. Se utilizan en diarreas leves-moderadas para corregir la deshidratación o prevenirla mientras dure la diarrea. Las SRO con un alto contenido en sodio están indicadas en casos graves de diarrea con deshidratación severa como en la producida por cólera. CI: anuria u oliguria prolongada, íleo paralítico, obstrucción intestinal, vómitos de repetición, IR, IC.
S.R.O. HIPOSÓDICA (Solución de rehidratación oral) Sodio: 60 mEq/l. Cloro: 40 mEq/l. Potasio: 20 mEq/l. Bicarbonato: 30 mEq/l. Glucosa: 20 g (110 mmol/l)	Dosis máxima: 1 litro cada hora durante 6 horas		
LOPERAMIDA	4 mg, seguidos de 2 mg tras cada deposición. Dosis máxima: 16 mg al día	VO	Opioide de elección como antidiarreico. Por vía oral no tiene efectos sobre el SNC. Útil en diarrea no infecciosa de causa conocida que no curse con fiebre ni heces sanguinolentas. No está indicado para el tratamiento de la diarrea de causa desconocida ni de la gastroenteritis infecciosa grave con diarrea sanguinolenta, fiebre elevada o afectación sistémica. RA: cólico abdominal, fatiga. CI: íleo, diarrea infecciosa. D: las cápsulas se pueden abrir y dispersar en agua.

PATOLOGÍA DIGESTIVA

AFTAS BUCALES

MICOSIS ORAL

CICATRIZACIÓN ULCUS PÉPTICO
NO ASOCIADO A *HELICOBACTER PYLORI*

Inhibidores de la bomba de protones

INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

GASTROPATÍA POR ANTIINFLAMATORIOS
NO ESTEROIDEOS

DISPEPSIA FUNCIONAL

ENFERMEDAD POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO

CÓLICO BILIAR

DIARREA AGUDA

DIARREA POR *CHLOSTRIDIUM DIFFICILE*

ESTREÑIMIENTO

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

VÓMITOS

BIBLIOGRAFÍA

DIARREA POR *CHLOSTRIDIUM DIFFICILE*

Se diagnostica por la presencia del antígeno y toxina en heces. Los antibióticos implicados con mayor frecuencia son: clindamicina, ampicilina, amoxicilina y cefalosporinas de 3ª y 4ª generación, carbapenemas y asociaciones con betalactamasas, así como anti-SAMR (tigeciclina, linezolid, daptomicina).

En estudios observacionales el uso prolongado de IBP se ha visto asociado a un aumento del riesgo de infecciones entéricas, especialmente por *Clostridium difficile*, al inhibir la secreción ácida del estómago. Este riesgo se ve aumentado con el uso concomitante de antibióticos e IBP.

La primera medida es intentar suspender el antibiótico junto con la reposición hidroelectrolítica. En caso de toma de antisecretorios, reevaluar su indicación y suspender si no son necesarios.

El fármaco de elección es metronidazol para el episodio inicial y la primera recurrencia en infección leve-moderada. En la segunda recurrencia y en cuadros graves se recomienda empezar con vancomicina.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V.A.	OBSERVACIONES
METRONIDAZOL	500 mg (2 comprimidos) cada 8 horas Duración: 7-10 días	VO	De elección en el episodio inicial y primera recurrencia en infección leve-moderada. Ver infección por <i>H. pylori</i> .
VANCOMICINA	125 mg cada 6 horas Duración: 7-10 días En casos muy graves puede aumentarse hasta 500 mg cada 6 horas	VO	La forma parenteral de vancomicina puede administrarse vía oral para el tratamiento de la colitis pseudomembranosa y de la enterocolitis estafilocócica. RA: alteraciones digestivas. P: la absorción sistémica de vancomicina administrada por vía oral es muy baja; sin embargo, se debe tener precaución al administrar dosis altas, especialmente en pacientes con IR, en los que se han hallado concentraciones plasmáticas elevadas pudiendo causar reacciones adversas a nivel sistémico. I: las resinas pueden disminuir su efecto.

Las recidivas son frecuentes. Si después de un ciclo con cualquiera de los dos antibióticos se produce una recidiva, intentar ciclos de 3 semanas.

Se puede asociar colestiramina para quelar la toxina.

Hay resultados mixtos sobre la efectividad de los probióticos en personas mayores en la diarrea asociada a antibióticos y en la causada por *C. difficile* por lo que no se recomienda su uso rutinario para la reposición de la flora intestinal en pacientes con antibioterapia. Los probióticos están excluidos de la financiación por el SNS. Xiloglucano es una hemicelulosa con actividad protectora de la mucosa que podría ser beneficiosa en estos procesos; sin embargo, todavía se necesitan datos adicionales para establecer el lugar que tiene en la terapéutica.

PATOLOGÍA DIGESTIVA

AFTAS BUCALES

MICOSIS ORAL

CICATRIZACIÓN ULCUS PÉPTICO
NO ASOCIADO A *HELICOBACTER PYLORI*

Inhibidores de la bomba de protones

INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

GASTROPATÍA POR ANTIINFLAMATORIOS
NO ESTEROIDEOS

DISPEPSIA FUNCIONAL

ENFERMEDAD POR REFLUJO

GASTROESOFÁGICO

CÓLICO BILIAR

DIARREA AGUDA

DIARREA POR *CHLOSTRIDIUM DIFFICILE*

ESTREÑIMIENTO

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

VÓMITOS

BIBLIOGRAFÍA

ESTREÑIMIENTO

Los criterios diagnósticos utilizados en la actualidad para el estreñimiento crónico funcional son los criterios de Roma III.

Criterios diagnósticos *Roma III* para el estreñimiento crónico funcional

1	2 ó más de los siguientes criterios, durante al menos 3 meses	Esfuerzo defecatorio en más del 25% de deposiciones
		Emisión de heces duras en más del 25% de deposiciones
		Sensación de evacuación incompleta en más del 25% de deposiciones
		Sensación de bloqueo anal en más del 25% de deposiciones
		Necesidad de descompresión o extracción manual para facilitar la expulsión de la deposición
		Menos de 3 deposiciones semanales
2	No presenta o raramente presenta deposiciones sin el uso de laxantes	
3	No existen criterios suficientes para el diagnóstico del Síndrome de Intestino Irritable	

Signos de Alarma o Criterios de Derivación al Especialista

1	Cambio reciente del ritmo intestinal
2	Pérdida de peso involuntaria inexplicable
3	Astenia, anorexia
4	Presencia de sangre en las heces
5	Anemia
6	Antecedentes familiares de Cáncer de Colon
7	Antecedentes de Enfermedad Inflamatoria Intestinal
8	Cuadros Oclusivos o Subocclusivos Recidivantes pese al Tratamiento Higiénico-Dietético y Farmacológico
9	Incontinencia que no responde al Tratamiento Higiénico-Dietético y Farmacológico

PATOLOGÍA DIGESTIVA

AFTAS BUCALES

MICOSIS ORAL

CICATRIZACIÓN ULCUS PÉPTICO
NO ASOCIADO A *HELICOBACTER PYLORI*

Inhibidores de la bomba de protones

INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

GASTROPATÍA POR ANTIINFLAMATORIOS
NO ESTEROIDEOS

DISPEPSIA FUNCIONAL

ENFERMEDAD POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO

CÓLICO BILIAR

DIARREA AGUDA

DIARREA POR *CHLOSTRIDIUM DIFFICILE*

ESTREÑIMIENTO

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

VÓMITOS

BIBLIOGRAFÍA

Tras verificar que el paciente no presenta ningún signo de alarma, se debe determinar la causa del mismo y recomendar **modificaciones de los hábitos higiénico-dietéticos** (aumentar la ingesta de fibra, líquidos y ejercicio). Si el causante es un fármaco (fármacos anticolinérgicos, opioides, antidepresivos tricíclicos, sales de hierro o calcio, laxantes, antiácidos, antiparkinsonianos,...) se tendría que intentar sustituir por otro. Una utilización inadecuada de los laxantes puede producir una pérdida importante electrolítica. El uso de laxantes en personas de edad avanzada debe ser individualizado en base a la historia del paciente, las comorbilidades, las interacciones y los efectos secundarios. Hay poca evidencia de la efectividad comparada entre los distintos laxantes. Sin embargo, en pacientes que estén inmovilizados o que la ingesta de líquidos no sea la adecuada los laxantes de elección serán los osmóticos. Los laxantes no están financiados salvo para indicaciones específicas.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V.A.	OBSERVACIONES
LAXANTES OSMÓTICOS			
LACTULOSA	Dosis única diaria: 20 g, posteriormente ir reduciendo la dosis.	VO	RA: náuseas, flatulencia distensión abdominal. Suspender si aparecen episodios intensos de flatulencia, náuseas o dolor epigástrico. CI: obstrucción intestinal, galactosemia, intolerancia a la lactosa, íleo.
MACROGOL 3350	Estreñimiento: 1 sobre cada 24h Impactación fecal: 8 sobres en 6 horas.	VO	R: no administrar dosis elevadas de lactulosa en diabéticos. Realizar frecuentes determinaciones analíticas de electrolitos. Beber abundante cantidad de agua. El efecto puede tardar en aparecer dos o tres días por lo que no se recomienda modificar la posología en este período. Financiado sólo lactulosa y lactitol para encefalopatía portosistémica y paraplejía. Estos fármacos se consideran similares.
LAXANTES DE VOLUMEN O INCREMENTADORES DEL BOLO INTESTINAL			
PLANTAGO OVATA	3,5 -10 g al día repartido en tres tomas antes de las comidas.	VO	RA: flatulencia, distensión abdominal al inicio del tratamiento (se puede minimizar comenzando con dosis bajas 3,5 g cada 24 horas y subir semanalmente). CI: obstrucción intestinal, atonía colónica, disfagia. Pacientes inmovilizados y una ingesta de líquidos no adecuada. P: en diabéticos puede aumentar el efecto de los antidiabéticos. R: puede dificultar la absorción de calcio, hierro, anticoagulantes orales, salicilatos. Beber abundante cantidad de agua (1-2 litros cada 24 horas). Financiado sólo en EI, colon irritable y diverticulosis.

PATOLOGÍA DIGESTIVA

AFTAS BUCALES

MICOSIS ORAL

CICATRIZACIÓN ULCUS PÉPTICO
NO ASOCIADO A *HELICOBACTER PYLORI*

Inhibidores de la bomba de protones

INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

GASTROPATÍA POR ANTIINFLAMATORIOS
NO ESTEROIDEOS

DISPEPSIA FUNCIONAL

ENFERMEDAD POR REFLUJO

GASTROESOFÁGICO

CÓLICO BILIAR

DIARREA AGUDA

DIARREA POR *CHLOSTRIDIUM DIFFICILE*

ESTREÑIMIENTO

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

VÓMITOS

BIBLIOGRAFÍA

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V.A.	OBSERVACIONES
LAXANTES ESTIMULANTES			
SENÓSIDOS A Y B	1-3 gg cada 24 horas (12-36 mg) ó 8-32 gts (12-48 mg) cada 24 horas, preferiblemente al acostarse	VO	Útiles especialmente en estreñimiento por opioides en pacientes en cuidados paliativos. RA: dolor cólico abdominal y náuseas. CI: abdomen agudo, apendicitis, dolor abdominal de origen desconocido, trastornos electrolíticos. R: no asociar con otros medicamentos, distanciar su toma al menos 2 horas. No asociar con glucósidos cardíacos o fármacos que prolonguen el QT. No utilizar nunca como primera elección.
LAXANTES VIA RECTAL			
GLICEROL	1 supositorio cada 24 horas	Rectal	R: utilizar sólo en estreñimientos puntuales. Humedecer con agua fría 30 segundos. Acción en 15-30 min.
LAURILSULFATO SÓDICO + SODIO ACETATO CITRATO	1 canuleta cada 24 horas	Rectal	CI: crisis hemorroidal aguda, colitis hemorrágica. R: situaciones en las que la defecación puede resultar especialmente dolorosa (hemorroides, etc.)

Los laxantes lubricantes (aceite de parafina, parafina líquida), disminuyen la absorción de agua en colon y facilitan el paso de las heces. Como efectos secundarios, destaca que pueden alterar la absorción de sustancias liposolubles esenciales como las vitaminas A, D, E, K y provocar neumonía lipídica por aspiración. Debe evitarse su uso en pacientes con riesgo de aspiración (ACVA, demencia) y no debe emplearse de forma crónica para el control del estreñimiento.

No se recomienda el uso de enemas de fosfato sódico en el anciano porque han sido asociados a hipotensión y depleción de volumen, alteraciones electrolíticas, fallo renal y prolongación del intervalo QT.

Pacientes en tratamiento terminal ver capítulo Cuidados paliativos en el paciente en fase avanzada de enfermedad.

PATOLOGÍA DIGESTIVA

AFTAS BUCALES

MICOSIS ORAL

CICATRIZACIÓN ULCUS PÉPTICO
NO ASOCIADO A *HELICOBACTER PYLORI*

Inhibidores de la bomba de protones

INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

GASTROPATÍA POR ANTIINFLAMATORIOS
NO ESTEROIDEOS

DISPEPSIA FUNCIONAL

ENFERMEDAD POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO

CÓLICO BILIAR

DIARREA AGUDA

DIARREA POR *CHLOSTRIDIUM DIFFICILE*

ESTREÑIMIENTO

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

VÓMITOS

BIBLIOGRAFÍA

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

En primer lugar se deben realizar medidas dietéticas. No existe tratamiento estándar pero puede utilizarse tratamiento sintomático para el alivio del dolor y el manejo de la diarrea o el estreñimiento si éstos afectan negativamente a la calidad de vida. La butilescopolamina aunque es comúnmente prescrito en el síndrome del intestino irritable no ha demostrado ser efectivo en distintos metaanálisis.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V.A.	OBSERVACIONES
DOLOR ABDOMINAL			
PINAVERIO	50 mg cada 8 horas	VO	RA: mínimos efectos anticolinérgicos. P: úlcera péptica, esofagitis. I: anticolinérgicos sistémicos. D: los comprimidos no se pueden partir. R: el uso continuado puede alterar la memoria. Sólo usar si dolor importante. No usar en el subtipo con predominio de estreñimiento.
DIARREA			
Ver Diarrea aguda. Se propone ensayar plantago en pacientes que se movilicen. En caso de ser necesaria la utilización de un antidiarreico utilizar loperamida.			
ESTREÑIMIENTO			
Instaurar dieta rica en fibra. Se propone ensayar plantago y si no responde tratar con macrogol. Ver Estreñimiento.			

Los antidepresivos tricíclicos a dosis bajas suelen emplearse en pacientes que presentan síntomas severos (dolor crónico o frecuentes recurrencias), refractarios a otros tratamientos y con sintomatología asociada a depresión. Los ISRS tienen menos evidencia pero son más seguros, especialmente en el paciente mayor, en el que se deberían iniciar con dosis bajas (citalopram 5 mg) e incrementar semanalmente en función de la respuesta máximo 20 mg. El beneficio potencial de las benzodiacepinas en esta indicación no sobrepasa el riesgo de estos pacientes. Ninguno de estos tratamientos tiene actualmente autorizada esta indicación en España.

No se recomienda el uso rutinario de rifaximina ni probióticos. La rifaximina 400 mg cada 8 horas durante 14 días podría ser útil en pacientes con síndrome de intestino irritable sin estreñimiento y distensión abdominal que no respondan a otros tratamientos.

PATOLOGÍA DIGESTIVA

AFTAS BUCALES

MICOSIS ORAL

CICATRIZACIÓN ULCUS PÉPTICO

NO ASOCIADO A *HELICOBACTER PYLORI*

Inhibidores de la bomba de protones

INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

GASTROPATÍA POR ANTIINFLAMATORIOS
NO ESTEROIDEOS

DISPEPSIA FUNCIONAL

ENFERMEDAD POR REFLUJO

GASTROESOFÁGICO

CÓLICO BILIAR

DIARREA AGUDA

DIARREA POR *CHLOSTRIDIUM DIFFICILE*

ESTREÑIMIENTO

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

VÓMITOS

BIBLIOGRAFÍA

VÓMITOS

Evaluar la etiología de los mismos, en especial si no son autolimitados o reaparecen tras suspender el tratamiento. En caso de paciente neoplásico consultar la parte correspondiente del capítulo de paliativos.

El uso de metoclopramida ha quedado restringido a un máximo de 30 mg cada 24 horas durante 5 días para la prevención o tratamiento de las náuseas y vómitos, incluidos los inducidos por quimioterapia, radioterapia, cirugía o migraña debido al riesgo de reacciones adversas neurológicas (síntomas extrapiramidales y discinesia tardía irreversible) y cardiovasculares graves. La principal ventaja que tiene frente a domperidona es su mayor potencia procinética pero la AEMPS no recomienda su uso en patologías crónicas como ERGE, dispepsia o gastroparesia. Domperidona tiene menos efectos neurológicos por atravesar la barrera hematoencefálica en menor medida pero el balance beneficio-riesgo se mantiene igualmente favorable sólo para el tratamiento de náuseas y vómitos, no como procinético, debido al riesgo de reacciones adversas cardiovasculares.

Si no tolera vía oral ver Cuidados paliativos en el paciente terminal.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V.A.	OBSERVACIONES
METOCLOPRAMIDA	10 mg 15-20 min. antes de las comidas. Dosis máxima: 30 mg al día durante 5 días.	VO	RA: puede producir hiperprolactinemia, reacciones extrapiramidales (discinesia tardía y acatisia) y cardiovasculares CI: parkinson, obstrucción intestinal mecánica, hemorragia digestiva alta. I: antipsicóticos y otros fármacos que produzcan reacciones extrapiramidales. Evitar la asociación con antimuscarínicos (butilscopolamina) ya que antagoniza sus efectos IR: ClCr=15-50 ml/min: 50% dosis; ClCr menor que 15 ml/min: 25% dosis. IH grave: reducir la dosis al 50%. D: administrar la solución oral. R: el riesgo de reacciones adversas aumenta con la dosis y la duración del tratamiento. No superar los cinco días de tratamiento. Siempre que sea posible sustituir por domperidona
DOMPERIDONA	10 mg 30 min. antes de las comidas. Dosis máxima: 30 mg al día, durante el menor tiempo posible.	VO	RA: excepcionalmente reacciones extrapiramidales y cardiovasculares. CI: hemorragia digestiva alta, obstrucción intestinal, prolactinoma, IH moderada-grave, alteraciones del ritmo cardíaco. I: fármacos que prolonguen el QT, ivabradina, ácido fusídico sistémico. IR: ClCr menor que 30 ml/min: 1-2 dosis al día. R: limitar a 30 mg al día por aumento de riesgo de arritmias ventriculares graves o muerte súbita.

PATOLOGÍA DIGESTIVA

AFTAS BUCALES

MICOSIS ORAL

CICATRIZACIÓN ULCUS PÉPTICO
NO ASOCIADO A *HELICOBACTER PYLORI*

Inhibidores de la bomba de protones

INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

GASTROPATÍA POR ANTIINFLAMATORIOS
NO ESTEROIDEOS

DISPEPSIA FUNCIONAL

ENFERMEDAD POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO

CÓLICO BILIAR

DIARREA AGUDA

DIARREA POR *CHLOSTRIDIUM DIFFICILE*
ESTREÑIMIENTO

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

VÓMITOS

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrera E, Gómez E, Mataix A, Parramón M, Pascual JM, Revilla E, et al. Criterios de Selección de Inhibidores de la Bomba de Protones [Internet]. Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid; 2011 [cited 2013 Nov 28]. Available from: https://saluda.salud.madrid.org/atematica/areafarmacia/Protocolos%20%20Definitivos/Criterios_IBP.pdf
2. De la Coba Ortiz C, Argüelles Arias F, Martín de Argila de Prados C, Júdez Gutiérrez J, Linares Rodríguez A, Ortega Alonso A et al. Proton-pump inhibitors adverse effects: a review of the evidence and position statement by the Sociedad Española de Patología Digestiva. *Rev Esp Enferm Dig*. 2016 Apr;108(4):207-24.
3. Darakhshan Shams, Najmul Hasan Siddiqui, Muhannad M. Heif. Gastroesophageal Reflux Disease in Older Adults: What Is the Difference? *Clin Geriatr*. 2009;17(3):32-7.
4. Ribera Casado JM, Cruz-Jentoft AJ. *Geriatría en Atención Primaria*. 4a ed. Madrid: Aula Médica; 2008; 457-501.
5. Jiménez MP, Calvet X. Guía de buena práctica clínica en Geriatría. *Enfermedad ácido-péptica*. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2006.
6. Katz PO, Gerson LB, Vela MF. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol*. 2013 Mar;108(3):308-328; quiz 329.
7. MerceMarzoa A, Carrillo R, Mascort JJ, Alonsoc P, Mearind F, Ponced J, et al. MANEJO DEL PACIENTE CON ERGE. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA. ACTUALIZACIÓN 2008. *Gastroenterol Hepatol*. 2009;32(6):431-64.
8. Soumekh A, Schnoll-Sussman FH, Katz PO. Reflux and Acid Peptic Diseases in the Elderly. *Clin Geriatr Med*. 2014 Feb;30(1):29-41.
9. Poh CH, Navarro-Rodriguez T, Fass R. Review: Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease in the Elderly. *Am J Med*. 2010 Jun;123(6):496-501.
10. Gisbert JP, Calvet X, Ferrándiz J, Mascort J, Alonso-Coello P, Marzo M. Guía de práctica clínica sobre el manejo del paciente con dispepsia. Actualización 2012. *Gastroenterol Hepatol*. 2012;35(10):725-e1.
11. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Metoclopramida: restricciones de uso, actualización de indicaciones y posología. 2013. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es>
12. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Domperidona y riesgo cardíaco: restricciones en las condiciones de autorización (Recomendaciones del Comité para la evaluación de Riesgos para la Farmacovigilancia europeo-PRAC). 2014. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es>
13. Gisbert JP, et al. IV Conferencia Española de Consenso sobre el tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*. *Gastroenterol Hepatol*. 2016 doi: 10.1016/j.gastrohep.2016.05.003.
14. Fallone CA, Chiba N, Van Zanten SV, Fischbach L, Gisbert JP, Hunt RH et al. The Toronto Consensus for the Treatment of *Helicobacter pylori* Infection in Adults. *Gastroenterology*. 2016 Jul;151(1):51-69.e14. doi: 10.1053/j.gastro.2016.04.006. Epub 2016 Apr 19.
15. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, Atherton J, Axon AT, Bazzoli F, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection—the Maastricht IV/Florence consensus report. *Gut*. 2012;61(5):646-64.
16. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Seguridad cardiovascular de los AINE tradicionales: conclusiones de la revisión de los últimos estudios publicados. 2012. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es>
17. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Diclofenaco y riesgo cardiovascular: restricciones de uso. 2013. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es>
18. DE B, DE GASTROPATÍAS PELP, FÁRMACOS SA. Guía de Práctica Clínica. [cited 2014 Jan 13]; Available from: http://usuaris.tinet.org/aduspyma/informacionmedica_archivos/EMPLEO%20INHIBIDORES%20BOMBA%20PREVENCION%20GASTROPATIAS.pdf
19. Villa Alcázar L. F.. *Medimecum Guía de Terapia Farmacológica*. Madrid: Adis, 2013.

PATOLOGÍA DIGESTIVA

AFTAS BUCALES

MICOSIS ORAL

CICATRIZACIÓN ULCUS PÉPTICO

NO ASOCIADO A *HELICOBACTER PYLORI*

Inhibidores de la bomba de protones

INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

GASTROPATÍA POR ANTIINFLAMATORIOS
NO ESTEROIDEOS

DISPEPSIA FUNCIONAL

ENFERMEDAD POR REFLUJO

GASTROESOFÁGICO

CÓLICO BILIAR

DIARREA AGUDA

DIARREA POR *CHLOSTRIDIUM DIFFICILE*

ESTREÑIMIENTO

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

VÓMITOS

BIBLIOGRAFÍA

20. Huang B, Huang Y, Li Y, Yao H, Jing X, Huang H, et al. Adverse cardiovascular effects of concomitant use of proton pump inhibitors and clopidogrel in patients with coronary artery disease: a systematic review and meta-analysis. *Arch Med Res*. 2012 Apr;43(3):212–24.
21. Agewall S, Cattaneo M, Collet JP, Andreotti F, Lip GY, Verheugt FW, Expert position paper on the use of proton pump inhibitors in patients with cardiovascular disease and antithrombotic therapy. *Eur Heart J*. 2013 Jun;34(23):1708–13, 1713a–1713b.
22. Estreñimiento en el Anciano: Manejo y Algoritmos de Actuación. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Editorial IM&C. Madrid. 2016.
23. Gerson LB, McMahon D, Olkin I, Stave C, Rockson SG. Lack of significant interactions between clopidogrel and proton pump inhibitor therapy: meta-analysis of existing literature. *Dig Dis Sci*. 2012 May;57(5):1304–13.
24. Cohen MJ. Does CYP2C19 inhibition lead to clopidogrel thrombogenicity? *Med Hypotheses*. 2011 Sep;77(3):448–50.
25. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Interacción de clopidogrel con los inhibidores de la bomba de protones: actualización de la información y recomendaciones de uso. 2010. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es>
26. Zakko S.F. Uncomplicated gallstone disease in adults. 2013. Disponible en: <http://www.uptodate.com>. Consultado el: 17/01/2014.
27. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Probiotics for antibiotic-associated diarrhea, clostridium difficile infection and irritable bowel syndrome: a review of clinical evidence and safety [Internet]. 2013 [cited 2014 Jan 20]. Available from: <http://www.cadth.ca/en/products/rapid-response/publication/3635>
28. Allen SJ, Wareham K, Wang D, Bradley C, Hutchings H, Harris W, et al. Lactobacilli and bifidobacteria in the prevention of antibiotic-associated diarrhoea and menor que i mayor que Clostridium difficile menor que /i mayor que diarrhoea in older inpatients (PLACIDE): a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial. *The Lancet*. 2013;382(9900):1249–57.
29. Rao S. Constipation in the older adult. 2014 Jan 16 [cited 2014 Jan 23]; Available from: <http://uptodate.com>
30. Fleming V, Wade WE. A review of laxative therapies for treatment of chronic constipation in older adults. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2010 Dec;8(6):514–50.
31. McKay SL, Fravel M, Scanlon C. Management of constipation. Iowa City (IA): University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Dissemination Core; 2009.
32. Servicio de Farmacia de Atención Primaria de la Dirección Asistencial Centro de la Comunidad de Madrid. Medicamentos excluidos de la financiación por la Resolución de 2 de agosto de 2012 (con actualización de fecha 17 de septiembre de 2012 y 18 de febrero de 2013) Revisión. 2013.
33. National Institute for Health and Care Excellence. Irritable bowel syndrome in adults. Diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care. NICE clinical guideline 61. [Internet]. 2008 [cited 2014 Feb 3]. Available from: <http://www.guidance.nice.org.uk/cg61>
34. Clinical Knowledge summaries. Irritable bowel syndrome [Internet]. NICE; 2013 [cited 2014 Feb 3]. Available from: <http://cks.nice.org.uk/irritable-bowel-syndrome#!topicsummary>
35. Tort S, Balboa A, Marzo M, Carrillo R, Mínguez M, Valdepérez J, et al. Guía de práctica clínica sobre el síndrome del intestino irritable. *Gastroenterol Hepatol*. 2006;29(8):467–521.
36. World Gastroenterology Organisation (WGO). World Gastroenterology Organisation Global Guideline: irritable bowel syndrome: a global perspective. Munich Ger World Gastroenterol Organ WGO. 2009;20.
37. Porter SR, Scully Cbe C. Aphthous ulcers (recurrent). *Clin Evid*. 2007;2007. Pii:1303.
38. Suárez Cortina L, Cano Gutiérrez B. Manejo actual de la gastroenteritis aguda (GEA) con soluciones de rehidratación oral. *Nutr. clín. diet. hosp*. 2009; 29(2):6–14.
39. Cohen SH, Gerding DN, Johnson S, Kelly CP, Loo VG, McDonald LC, Pepin J, Wilcox MH. Guías de práctica clínica para la infección por Clostridium difficile en adultos: actualización 2010 realizada por la Sociedad de Salud Epidemiológica de Norteamérica (SHEA) y la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de Norteamérica (IDSA). *Infect Control Hosp Epidemiol* 2010; 31(5):T1–T28.

PATOLOGÍA DIGESTIVA

AFTAS BUCALES

MICOSIS ORAL

CICATRIZACIÓN ULCUS PÉPTICO

NO ASOCIADO A *HELICOBACTER PYLORI*

Inhibidores de la bomba de protones

INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

GASTROPATÍA POR ANTIINFLAMATORIOS

NO ESTEROIDEOS

DISPEPSIA FUNCIONAL

ENFERMEDAD POR REFLUJO

GASTROESOFÁGICO

CÓLICO BILIAR

DIARREA AGUDA

DIARREA POR *CHLOSTRIDIUM DIFFICILE*

ESTREÑIMIENTO

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

VÓMITOS

BIBLIOGRAFÍA

40. Poynard T, Vernisse B, Agostini H. Randomized, multicentre comparison of sodium alginate and cisapride in the symptomatic treatment of uncomplicated gastro-oesophageal reflux. *Aliment Pharmacol Ther.* 1998;12(2):159.
41. Chiu CT, Hsu CM, Wang CC, Chang JJ, Sung CM, Lin CJ, et al. Randomised clinical trial: sodium alginate oral suspension is non-inferior to omeprazole in the treatment of patients with non-erosive gastroesophageal disease.. *Aliment Pharmacol Ther.* 2013 Nov;38(9):1054-1064.



**Servicio Madrileño
de Salud**



Agencia Madrileña de Atención Social
CONSEJERÍA DE POLÍTICAS SOCIALES
Y FAMILIA