

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Facultad de Medicina Humana Escuela Profesional de Medicina Humana



TITULO:

“UTILIZACION DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE
PROTONES EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
INTERNADOS EN EL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA
2013-2016”

Autor:

Victor Hugo Delgado Eduardo

Tesis para obtener el Título Profesional
de Médico Cirujano

Asesor de Tesis: Miriam Tecsi Llerena

Arequipa- Perú

2017



DEDICATORIA

A una persona muy especial, mi Madre por sus palabras de aliento que siempre han sabido levantarme, por ser mi fortaleza, ser quien me acompañó en cada paso dado desde el inicio de esta aventura y sé que estará a mi lado en todo este recorrido que nos falta

AGRADECIMIENTO

En primer lugar a Dios por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida y por ayudarme a pasar los momentos difíciles y aprender de ellos.

A mis padres Jorge y Gloria por ese apoyo incondicional, por haber velado por mí en este arduo camino, y por enseñarme a no rendirme nunca y perseverar.

A mis hermanos Claudio Y Denny por sus consejos que han sabido guiarme para poder culminar mi carrera profesional, y a mi hermana Mery por ser mi gran amiga y ser uno de los pilares fundamentales para mi formación profesional y como persona.

A quienes se volvieron parte de mi familia, mis amigos, por su apoyo, por el gran equipo que formamos y por las experiencias vividas. Y a mi gran amiga Milagros que aunque ya no se encuentre físicamente con nosotros, sé que en todo momento estuvo ahí, en las investigaciones, en mis desvelos, en mis momentos más difíciles.

A mis maestros, por su tiempo invertido y por toda su sabiduría compartida para el desarrollo de mi formación profesional.

EPÍGRAFE

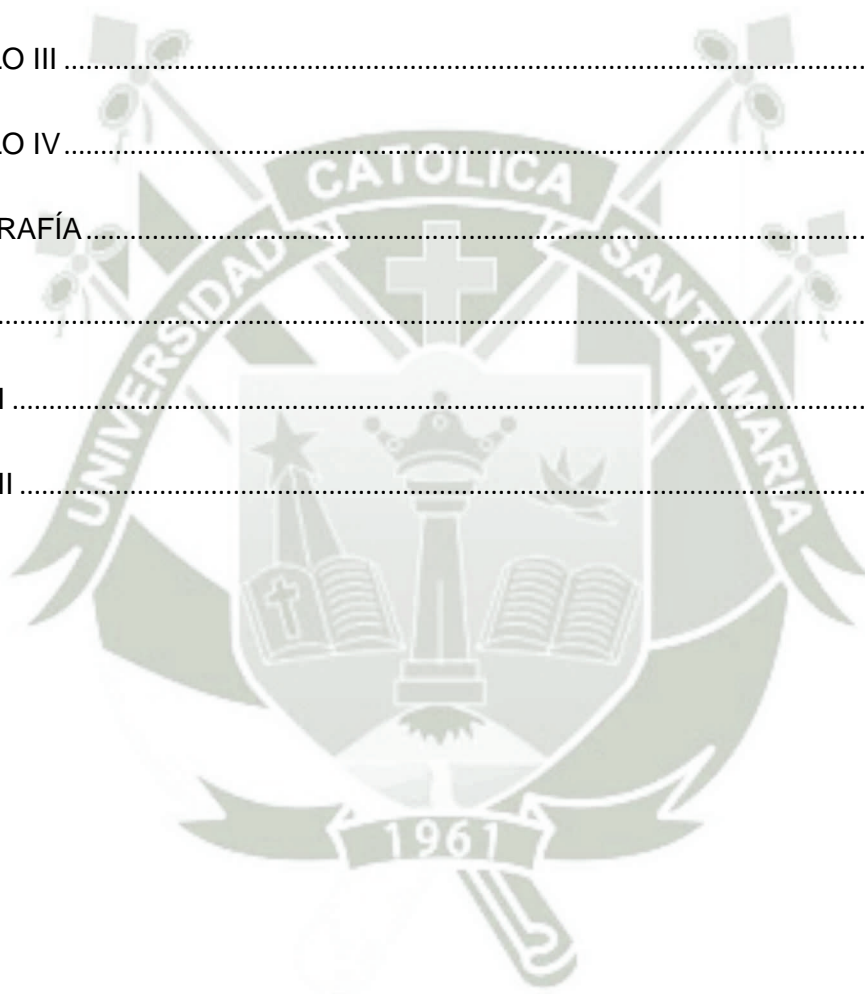
“No te amargues con tu propio fracaso ni se lo cargues a otro. Acéptate ahora o seguirás justificándote como un niño. Recuerda que cualquier momento es bueno para comenzar y que ninguno es tan terrible para claudicar”

Pablo Neruda

INDICE GENERAL

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	3
CAPITULO I.....	5
CAPITULO II	13
CAPITULO III	48
CAPITULO IV.....	57
BIBLIOGRAFÍA.....	60
ANEXO I.....	66
ANEXO II	138
ANEXO III	142



RESUMEN

El **objetivo** general del presente trabajo de tesis fue determinar las características de indicación de los inhibidores de la bomba de protones en pacientes adultos mayores internados en el Hospital Goyeneche. Arequipa 2013 - 2016.

Material y Métodos: Se procedió a revisar historias clínicas de los pacientes correspondientes a los servicios de Medicina, Ginecología y Cirugía. Correspondientes a los años 2013 – 2016. Como criterio principal de inclusión fue el que tuvieran la prescripción de Inhibidores de la Bomba de Protones – IBP.

Resultados: Se encontró que 52.1% de los pacientes tuvo una prescripción adecuada de IBP y el principal motivo dentro de éstos fue el de la medicación profiláctica por gastropatía secundaria a medicación gastrolesiva (70.02%), y en segundo lugar por dispepsia no investigada (12.1%). En los que no presentaban una prescripción adecuada, el principal motivo fue una profilaxis aparente (profilaxis secundaria a medicación no gastrolesiva o secundaria a patologías no críticas) con un 86.84%. 22.3% del total tuvieron una duración adecuada del tratamiento. Respecto a la dosis del uso de IBP un 46.6% tuvo una adecuada indicación. La vía intravenosa fue la más usada (88.2%). En 24.4% la vía utilizada fue la adecuada.

Conclusión: Los pacientes que tuvieron más proximidad a un tratamiento adecuado fueron los mayores de 80 años y procedentes del servicio de Medicina.

Palabras clave: Inhibidor de la Bomba de Protones, AINEs, prescripción.

ABSTRACT

The general objective of this thesis work was to determine the characteristics of the indication of proton pump inhibitors in the hospitalized elderly patients at Goyeneche Hospital. Arequipa 2013 - 2016.

Material and Methods: We reviewed the medical records of the patients corresponding to the services of Medicine, Gynecology and Surgery. Corresponding to the years 2013 - 2016. As main criterion of inclusion was the one that had the prescription of Proton Pump Inhibitors - IBP.

Results: We found that 52.1% of the patients had an adequate PPI prescription and the main reason within these was the prophylactic medication for gastropathy secondary to gastrolesive medication (70.02%), and secondly for uninvestigated dyspepsia (12.1%). In which there is no adequate prescription, the main reason was an apparent prophylaxis (prophylaxis secondary to non-gastrolesive medication or secondary to pathologies without critics) with 86.84%. 22.3% of the total information available. Regarding the dose of PPI use, 46.6% had an adequate indication. The intravenous route was the most used (88.2%). In 24.4% the route used was adequate.

Conclusions: Patients who had more proximity to a suitable treatment were those older than 80 years and procedures of the medical service.

Key words: Proton Pump Inhibitor, NSAIDs, prescription.

INTRODUCCIÓN

Los Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP) son actualmente ampliamente prescritos para suprimir la secreción de ácido gástrico en trastornos gastrointestinales, incluyendo la enfermedad de reflujo gastroesofágico (ERGE), enfermedad de úlcera péptica y hemorragia digestiva alta. En los últimos años, es notorio un aumento significativo en las recetas y prescripciones de los IBP en especial del omeprazol, utilizado con elevada frecuencia en poblaciones de adultos mayores, por lo que estos medicamentos se han convertido en uno de los fármacos más recetados en todo el mundo. Durante los últimos años se han incrementado los estudios respecto a los efectos adversos de estos medicamentos, los cuales expresaron su preocupación por los riesgos potenciales asociados con el uso prolongado y potencialmente no juiciosa o irracional de los IBP, incluida la mortalidad, disminución de la actividad funcional, infecciones por *Clostridium difficile*, fracturas, eventos cardiovasculares, entre otros. Además, dado que los IBP son metabolizados principalmente por el sistema del citocromo P450 del hígado, las interacciones con otros fármacos también representan una preocupación relevante.

Los IBP, se prescriben a menudo sin una indicación clara, contribuyendo así al aumento de la lista de los medicamentos indicados de forma inapropiada. Sin embargo, sólo unos pocos estudios han investigado los correlatos clínicos de la prescripción inadecuada de los IBP en la población. Es necesario un mejor conocimiento relacionado a la utilización adicional de IBP, siendo de suma importancia para determinar las estrategias eficaces destinadas a mejorar la calidad de la prescripción.

Los adultos mayores constituyen un grupo heterogéneo que incluye desde sujetos sanos independientes a sujetos frágiles con comorbilidad asociada y polifarmacia, lo

que les hace especialmente vulnerables a los efectos secundarios de los fármacos y a las interacciones farmacológicas

Por todo lo expuesto, el objetivo del estudio fue evaluar la prescripción de IBP basada en Guías de Práctica Clínica en pacientes hospitalizados que se encuentren recibiendo IBP, en los servicios de Medicina, Cirugía y Ginecología del Hospital Goyeneche.

Esta tesis se divide en 4 capítulos: el primer capítulo nos muestra la muestra y la metodología utilizada, en el segundo capítulo se exponen los resultados obtenidos del estudio, en el siguiente se presenta la discusión y comentarios y finalmente en el último, el cuarto se exponen las conclusiones y sugerencias.





CAPITULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

1.1. Técnicas:

La técnica es documentaria, basándose en la revisión de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados.

1.2. Instrumentos:

Ficha de Recolección de Datos basada en guías de práctica clínica con los siguientes datos: (Anexo 2)

- Fecha de recolección de datos
- Servicio: cirugía, medicina o ginecología
- Motivo de prescripción de IBP ya sea adecuado o inadecuado basado en guías de práctica clínica que describen las indicaciones adecuadas de los IBP.
 - En el caso de ser una prescripción inadecuada si no está descrita la causa en la historia clínica colocar la indicación aparente.
- Tratamiento previo gastrolesivo si estuviera descrito
- Patología concomitante
- Vía de administración: oral o intravenosa (adecuada solo en el caso de que en la historia clínica se registre al paciente con vómitos, diarrea, hemorragia digestiva, disfagia, etc. o una situación general del paciente ya sea postquirúrgico, estancia en UCI, etc.).

- Dosis y duración adecuadas o inadecuadas de acuerdo a tablas de indicaciones de uso de IBP adjuntadas a la ficha de recolección de datos.

1.3. Materiales de verificación:

Fichas impresas

Material de escritorio

Computadora persona con el software: Microsoft Office 2010, SPSS v.20, sistema operativo Windows (cualquier versión)

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación Espacial:

El estudio se llevará a cabo en el Hospital Goyeneche, ubicado en la ciudad de Arequipa

2.2. Ubicación Temporal:

La información de los pacientes corresponderá al periodo comprendido entre los años 2013 al 2016.

2.3. Unidades de Estudio:

Las unidades de estudio estarán conformadas por las historias clínicas de los pacientes.

2.4. Población:

Todos los pacientes que estuvieron hospitalizados en el servicio de medicina, cirugía y ginecología. Para cada uno de los

servicios, durante el periodo 2013-2016, se tiene la siguiente población:

- Medicina Interna: 1332 pacientes
- Cirugía: 709 pacientes
- Ginecología: 138 pacientes

Sumando una población total 2180.

2.5. Muestra y Muestreo:

Para calcular el tamaño muestral se utilizó la fórmula para una proporción en una población finita o conocida, siendo:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

N: tamaño de la población: 2180

a: Error alfa: 0.05

1-a: Nivel de confianza: 0.95

Z(1-a): Z de (1-a): 1.96

p: Prevalencia de la enfermedad: 0.2

q: Complemento de p: 0.8

n: Tamaño de la muestra: 221.04

Por lo que se tiene como tamaño muestra mínimo de 221 personas.

Haciendo la distribución proporcional a cada uno de los servicios se tendrán los siguientes tamaños muestrales mínimo requeridos:

- Medicina Interna: 135
- Cirugía: 71
- Ginecología: 15

Los cuales mediante una aleatorización sistemática serán seleccionados.

2.6. Criterios de Selección:

2.6.1. Criterios de Inclusión:

- Paciente que al momento de su hospitalización tenga 60 años o más.
- Paciente que estuvo hospitalizado en el servicio de Medicina, Cirugía y Ginecología.
- Paciente que tuvo al menos una indicación de Inhibidores de la Bomba de Protones a partir de su hospitalización.

2.6.2. Criterios de Exclusión:

- Paciente que tenga información ilegible en su Historia Clínica.

3. Estrategia de recolección de datos

3.1. Organización

En cuanto a la organización del presente trabajo se considera:
Primero: Enviar el proyecto de tesis a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María para su aprobación y su correspondiente asignación de jurados.

Segundo: Proceder a solicitar la autorización a la dirección del Hospital Goyeneche para la recolección de datos.

Tercero: Coordinar con el servicio de archivo para la revisión de Historias Clínicas.

Cuarto: Proceder a la recolección de información en base a las historias clínicas de los pacientes hospitalizados.

Quinto: Digitar los datos obtenidos a una base de datos en el Programa Microsoft Excel, para su posterior análisis.

3.2. Recursos

a) Humanos:

- Investigador: Víctor Hugo Delgado Eduardo
- Asesor: Dra. Miriam Tecsi Llerena

b) Materiales:

- Fichas de recolección de datos
- Material de escritorio
- Computadora personal

c) Financieros:

- Financiado por el autor

3.3. Validación de los Instrumentos

La ficha de recolección de datos no requiere de validación y se elaboró en base a la revisión publicada por Barrera E. y colaboradores que estudia los criterios de selección de

inhibidores de la bomba de protones; además de las guías publicadas por Gallach M. et al para el manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa, Ferrer I. et al para el seguimiento farmacoterapéutico sobre úlcera péptica, el grupo de trabajo Sector Zaragoza I Salud para el empleo de los inhibidores de la bomba de protones en la prevención de gastropatías secundarias a fármacos, Valdivia Roldán M. para describir el manejo de Gastritis y Gastropatías, y Beltrán MA para recomendar las características y manejo del Síndrome de Zollinger-Ellison.

3.4. Criterios o estrategias para el manejo de los resultados

3.4.1. A nivel de Recolección

La información obtenida por medio de las historias clínicas se transcribirá a la base de datos. La información de los pacientes se manejará en confidencialidad siendo uso exclusivo del tesista.

3.4.2. A nivel de Sistematización

La digitación se realizará en el programa Microsoft Excel, para posteriormente ser exportados al SPSS v.20 y llevarse a cabo su análisis.

3.4.3. A nivel de Estudio de Datos

Para el análisis de los datos básicamente se usará estadística descriptiva, basado en frecuencias

absolutas y relativas, así mismo para las variables numéricas se utilizarán medidas de tendencia central como promedios y desviación estándar.





CAPITULO II RESULTADOS

**“UTILIZACIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN
PACIENTES ADULTOS MAYORES INTERNADOS EN EL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2013-2016”**

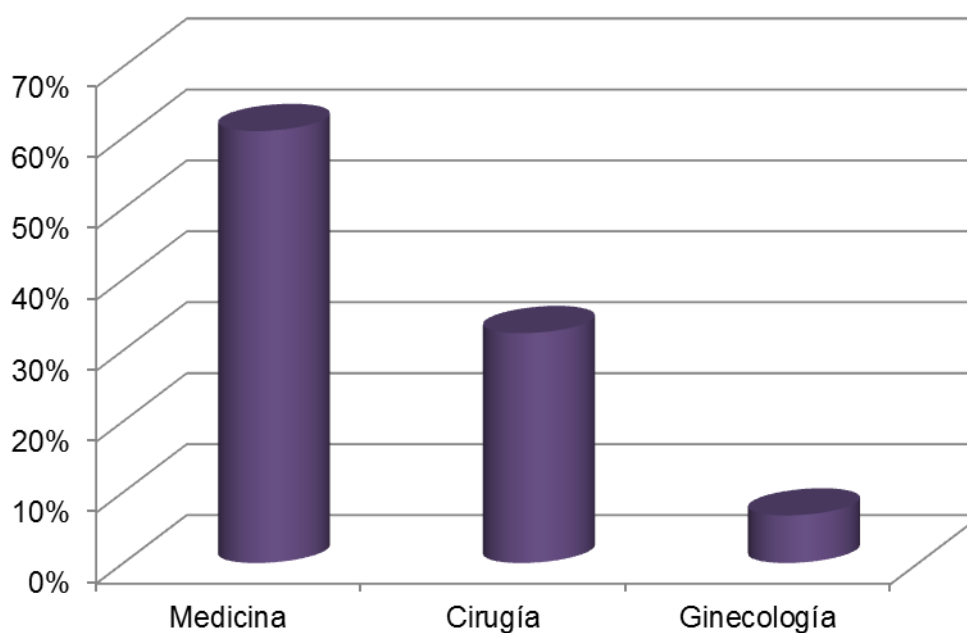
Tabla N° 1. Servicio de Procedencia

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Medicina</i>	145	60.9
<i>Cirugía</i>	77	32.4
<i>Ginecología</i>	16	6.7
Total	238	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: La mayoría de pacientes procedieron del Servicio de Medicina, siendo estos el 60.9% del total, seguidamente se encontraron los del Servicio de Cirugía, conformando el 32.4% y finalmente las de ginecología que conformaron el 6.7%.

Figura N° 1. Servicio de Procedencia



Fuente: Tabla N° 1

**“UTILIZACIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN
PACIENTES ADULTOS MAYORES INTERNADOS EN EL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2013-2016”**

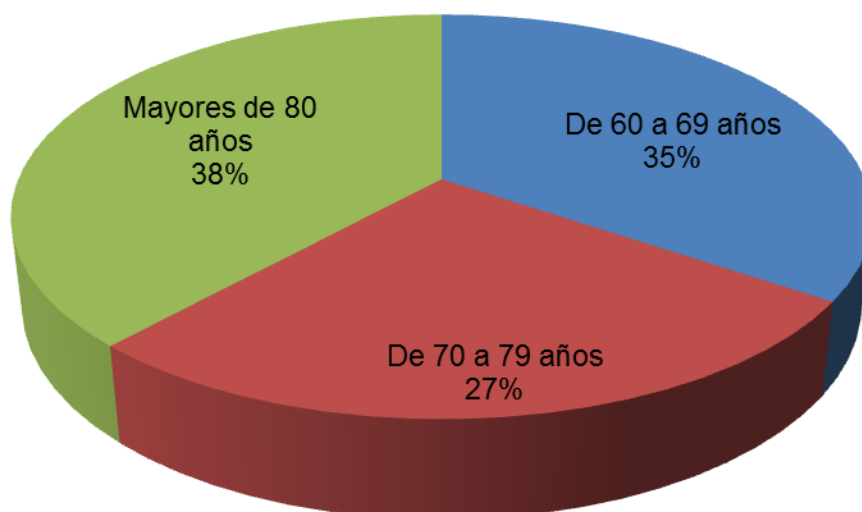
Tabla N° 2. Edad de los pacientes evaluados

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
De 60 a 69 años	82	34.5
De 70 a 79 años	65	27.3
Mayores de 80 años	91	38.2
Total	238	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Se categorizó la edad de los participantes en tres grupos, el más numeroso fue el correspondiente a mayores de 80 años siendo parte del 38.2% del total, seguidos a estos estuvieron los que tenían entre 60 a 69 años, 34.5%, y el de menor frecuencia (27.3%) tenía entre 70 y 79 años.

Figura N° 2. Edad de los pacientes evaluados



Fuente: Tabla N° 2

**“UTILIZACIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN
PACIENTES ADULTOS MAYORES INTERNADOS EN EL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2013-2016”**

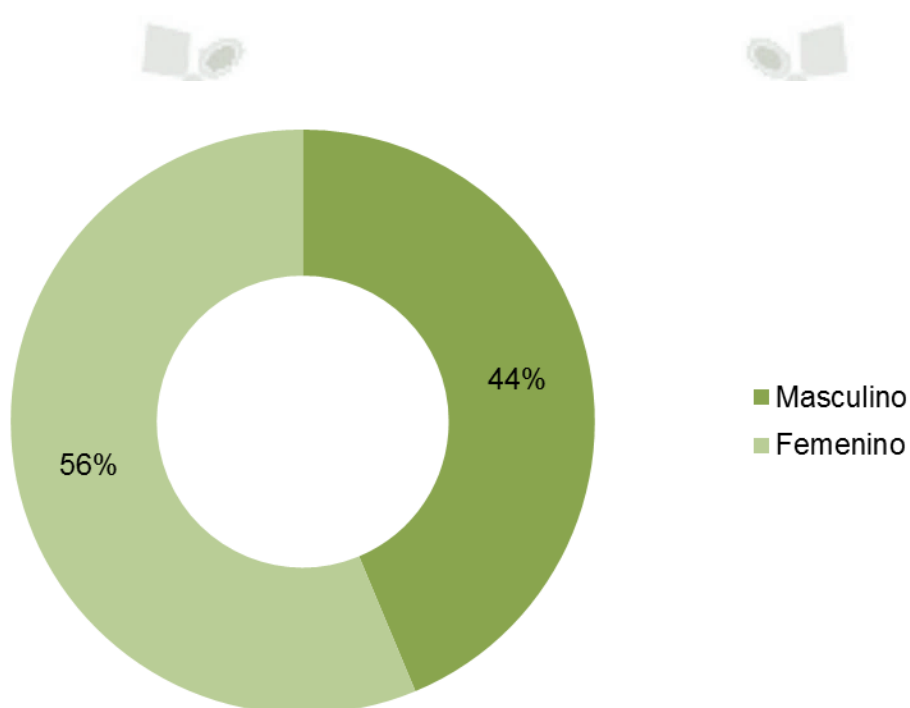
Tabla N° 3. Sexo de los pacientes evaluados

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Masculino	104	43.7
Femenino	134	56.3
Total	238	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: En cuanto al sexo y género de los pacientes se encontró que la ligeramente existen más mujeres que varones, siendo las primeras 56.3% y complementariamente los hombres formando parte del 43.7% del total.

Figura N° 3. Sexo de los pacientes evaluados



Fuente: Tabla N° 3

**“UTILIZACIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN
PACIENTES ADULTOS MAYORES INTERNADOS EN EL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2013-2016”**

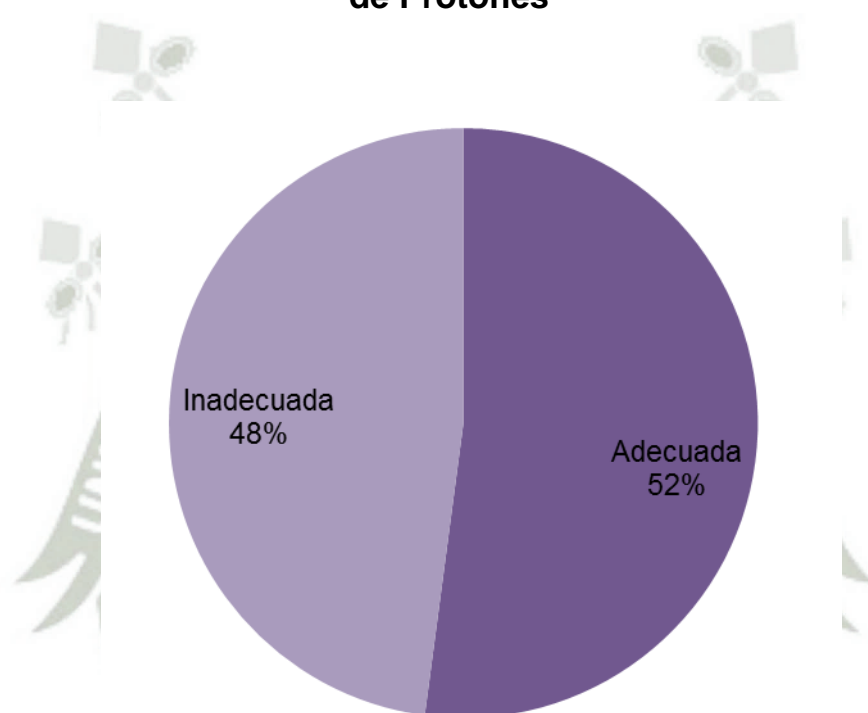
**Tabla N° 4. Adecuada o inadecuada prescripción de los Inhibidores
de la Bomba de Protones**

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Adecuada	124	52.1
Inadecuada	114	47.9
Total	238	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: En cuanto a la utilización de inhibidores de la Bomba de Protones, se encontró que el 52.1% lo prescribe de manera adecuada, sin embargo el complementario 47.9% lo hace de manera inadecuada.

Figura N° 4. Adecuada prescripción de los Inhibidores de la Bomba de Protones



Fuente: Tabla N° 4

**“UTILIZACIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN
PACIENTES ADULTOS MAYORES INTERNADOS EN EL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2013-2016”**

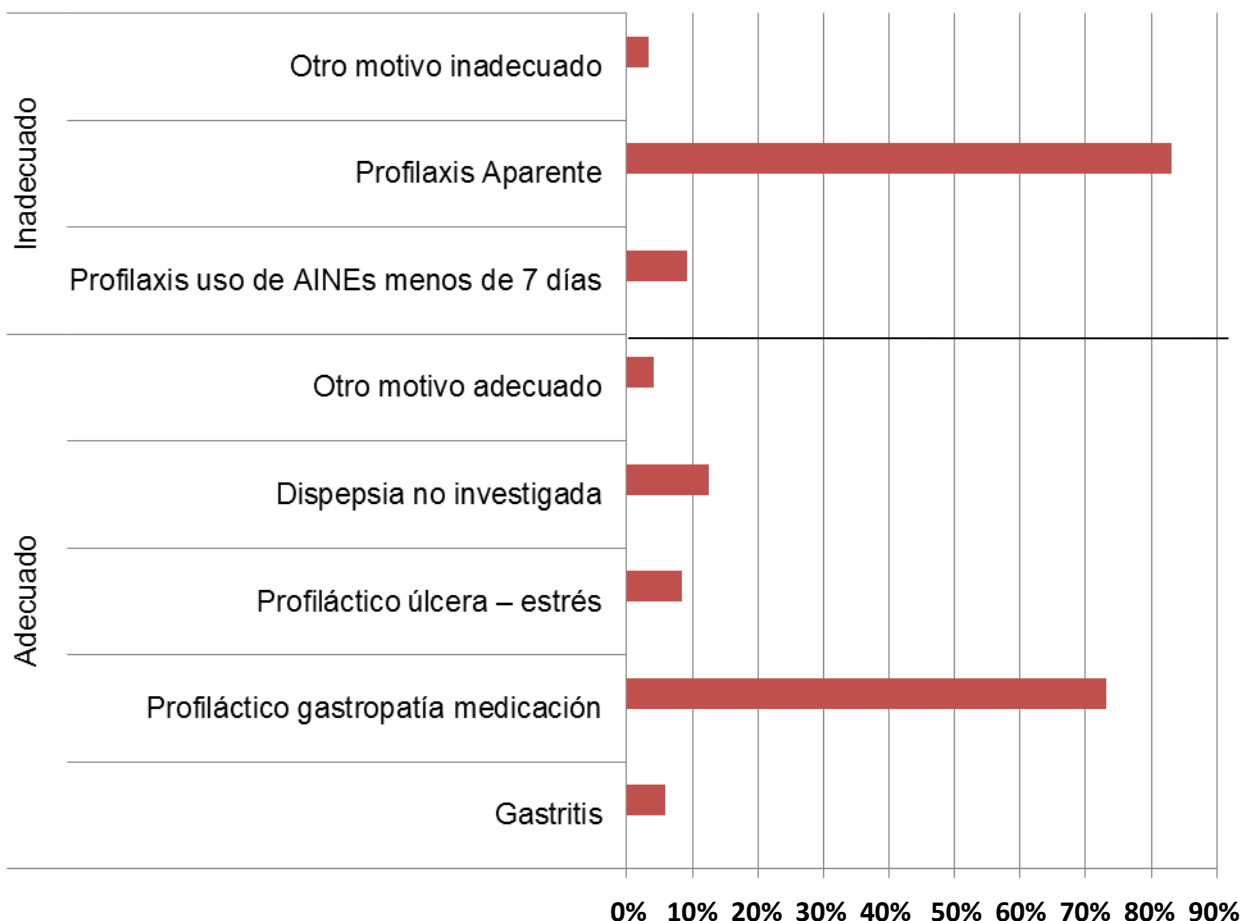
Tabla N° 5. Motivo de la Prescripción de los Inhibidores de la Bomba de Protones

		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Adecuado	<i>Gastritis</i>	7	5.6
	<i>Profiláctico gastropatía medicación</i>	87	70.2
	<i>Profiláctico úlcera – estrés</i>	10	8.07
	<i>Dispepsia no investigada</i>	15	12.10
	<i>Otro motivo adecuado</i>	5	4.03
	Total	124	100
Inadecuado	<i>Profilaxis uso de AINEs menos de 7 días</i>	11	9.65
	<i>Profilaxis Aparente</i>	99	86.84
	<i>Otro motivo inadecuado</i>	4	3.51
	Total	114	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Dentro de los primeros la causa de prescripción adecuada más frecuente se dio en profilaxis para gastropatía secundaria a medicación gastrolesiva, siendo el 70.2% de los de prescripción adecuada. En el segundo grupo la Profilaxis Aparente (profilaxis secundaria a medicación no gastrolesiva o secundaria a patologías no críticas) fue la causa más frecuente, siendo esta el 86.84% del total de pacientes con prescripción inadecuada.

Figura N° 5. Motivo de la Prescripción de los Inhibidores de la Bomba de Protones



Fuente: Tabla N° 5



**“UTILIZACIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN
PACIENTES ADULTOS MAYORES INTERNADOS EN EL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2013-2016”**

Tabla N° 6. Adecuada e inadecuada duración de la Prescripción de los Inhibidores de la Bomba de Protones

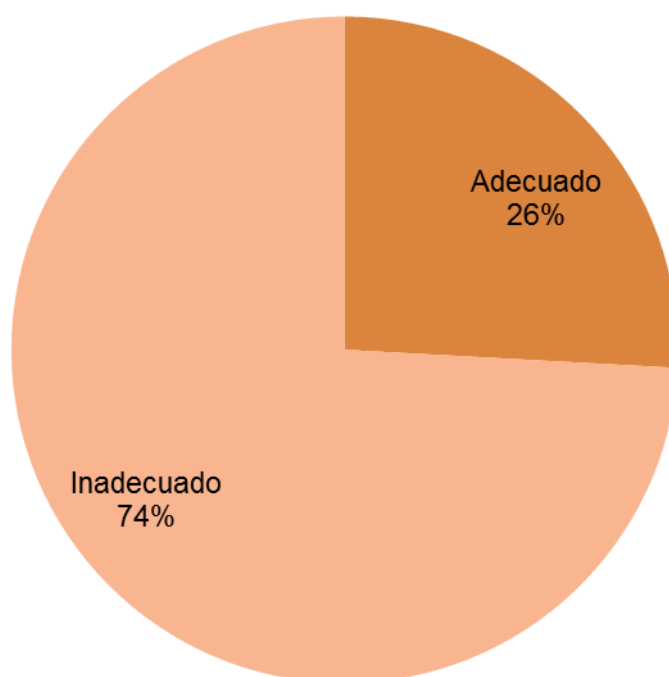
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Adecuado</i>	53	25.9
<i>Inadecuado</i>	152	74.1
Total	205	100

Missing data: 33

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Se presenta la diferencia sobre la adecuada e inadecuada duración de la Prescripción de los Inhibidores de la Bomba de Protones, encontrándose que el 74.1% del total no tiene una correcta duración.

Figura N° 6. Adecuada e inadecuada duración de la Prescripción de los Inhibidores de la Bomba de Protones



Fuente: Tabla N° 6

**“UTILIZACIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN
PACIENTES ADULTOS MAYORES INTERNADOS EN EL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2013-2016”**

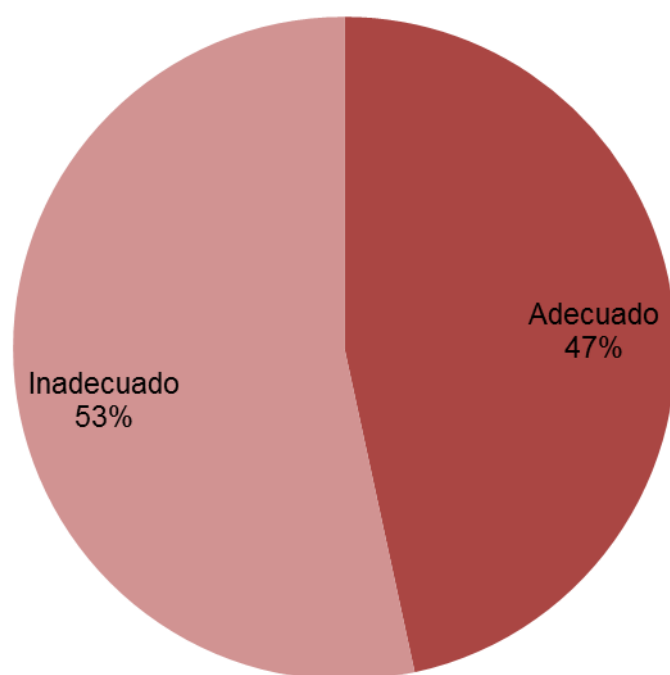
**Tabla N° 7. Adecuada o inadecuada dosis de administración en la
Prescripción de los Inhibidores de la Bomba de Protones**

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Adecuado</i>	111	46.6
<i>Inadecuado</i>	127	53.4
Total	238	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: De acuerdo a la dosis de prescripción de los Inhibidores de la Bomba de Protones, en el presente estudio se encontró que 53.4% no cumple con la adecuada dosis.

Figura N° 7. Adecuada o inadecuada dosis de administración en la Prescripción de los Inhibidores de la Bomba de Protones



Fuente: Tabla N° 7

**“UTILIZACIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN
PACIENTES ADULTOS MAYORES INTERNADOS EN EL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2013-2016”**

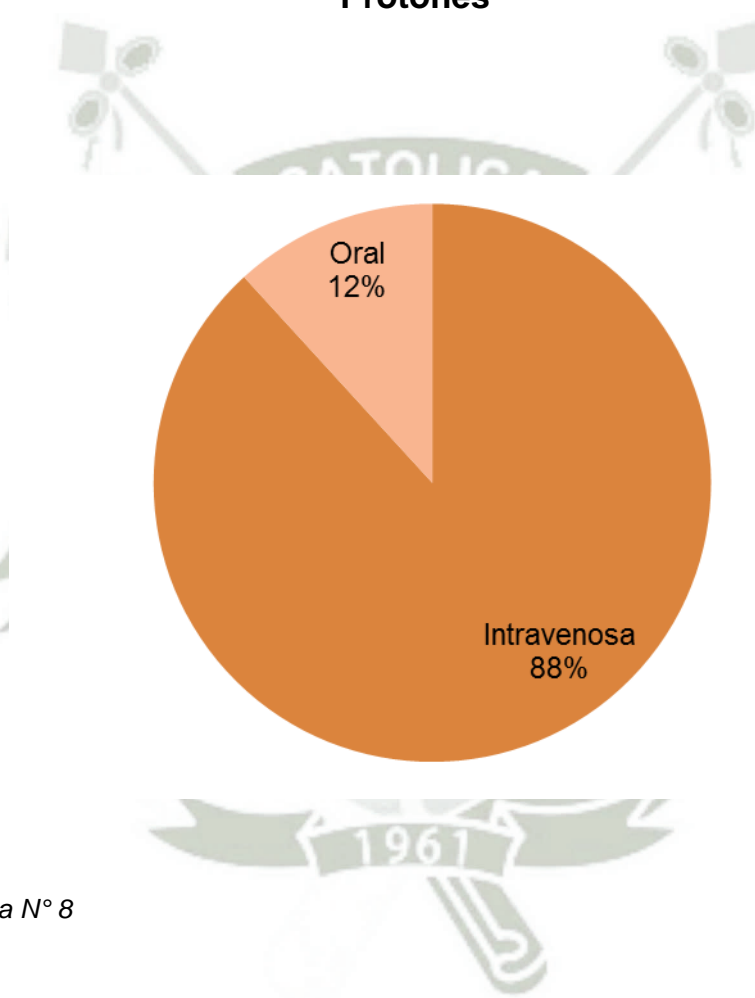
**Tabla N° 8. Vía de administración de los Inhibidores de la Bomba de
Protones**

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Intravenosa</i>	210	88.2
<i>Oral</i>	28	11.8
Total	238	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: La vía de administración más frecuente de los Inhibidores de la Bomba de Protones fue la Intravenosa, 88.2%, con una gran diferencia en comparación de la oral, 11.8%

Figura N° 8. Vía de administración de los Inhibidores de la Bomba de Protones



Fuente: Tabla N° 8

**“UTILIZACIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN
PACIENTES ADULTOS MAYORES INTERNADOS EN EL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2013-2016”**

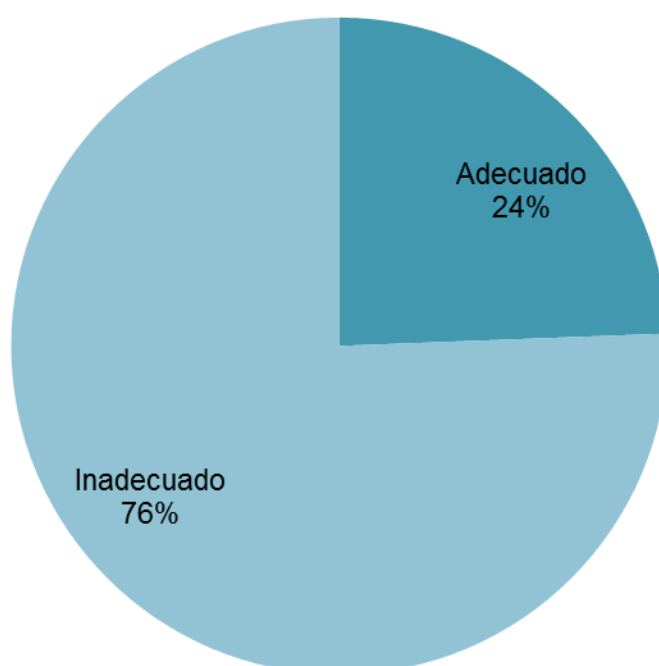
**Tabla N° 9. Adecuado e inadecuado uso de la vía de administración
de los Inhibidores de la Bomba de Protones**

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Adecuado</i>	58	24.4
<i>Inadecuado</i>	180	75.6
Total	238	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: En el presente trabajo de investigación se encontró que 75.6% presenta inadecuada uso de la vía de administración respecto al Inhibidor de la Bomba de Protones. Y únicamente 24.4% es adecuado.

Figura N° 9. Adecuado e inadecuado uso de la vía de administración de los Inhibidores de la Bomba de Protones



Fuente: Tabla N° 9

**“UTILIZACIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN
PACIENTES ADULTOS MAYORES INTERNADOS EN EL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2013-2016”**

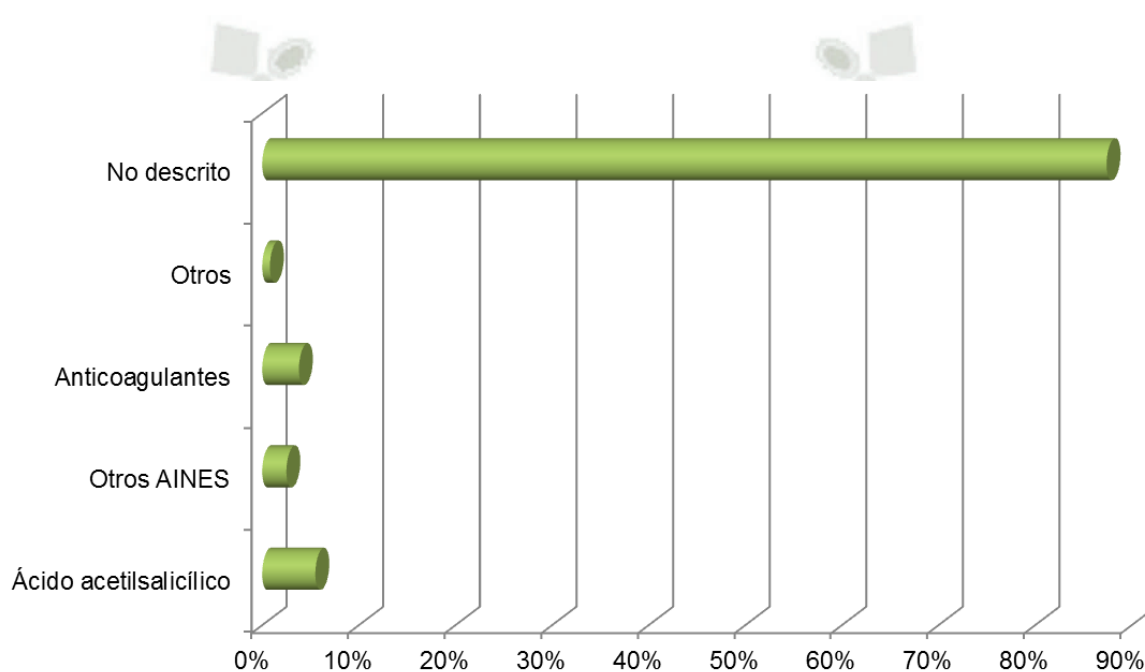
Tabla N° 10. Tratamiento gastrolesivo previo al ingreso hospitalario

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
AINEs	19	8.0
<i>Anticoagulantes</i>	9	3.8
Otros	2	0.8
<i>No descrito</i>	208	87.4
Total	238	100

Fuente: *Elaboración propia*

Interpretación: Respecto al tratamiento gastrolesivo previo al ingreso hospitalario que tuvieron los pacientes evaluados, el tipo más frecuente fueron los AINES, dentro de ellos el ácido acetilsalicílico, el cual estuvo indicado en 13 pacientes, seguidamente fueron los anticoagulantes, en 9 pacientes. No se encontró descrita esta información en 208 pacientes.

Figura N° 10. Tratamiento gastrolesivo previo



Fuente: Tabla N° 10

**“UTILIZACIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN
PACIENTES ADULTOS MAYORES INTERNADOS EN EL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2013-2016”**

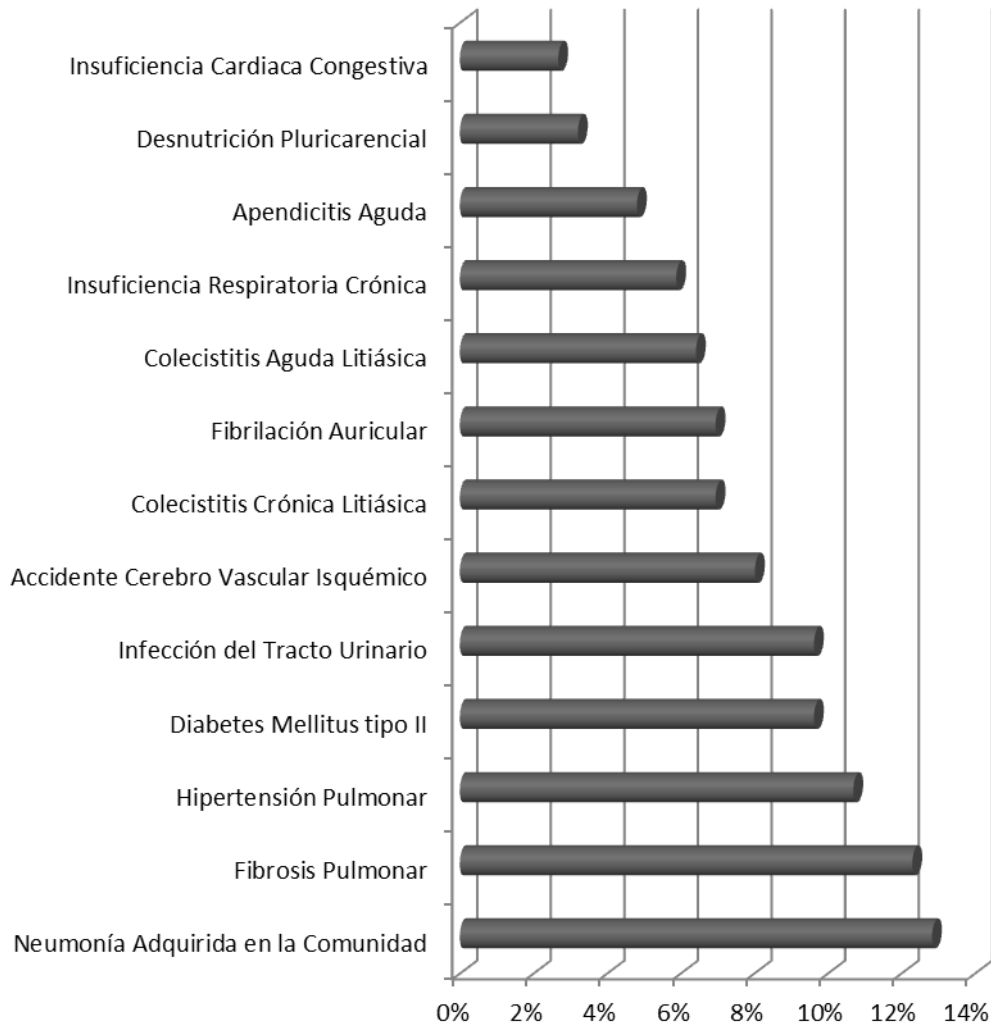
Tabla N° 11. Frecuencia de Patologías concomitantes

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Neumonía Adquirida en la Comunidad</i>	24	12.8%
<i>Fibrosis Pulmonar</i>	23	12.3%
<i>Hipertensión Pulmonar</i>	20	10.7%
<i>Diabetes Mellitus tipo II</i>	18	9.6%
<i>Infección del Tracto Urinario</i>	18	9.6%
<i>Accidente Cerebro Vascular Isquémico</i>	15	8.0%
<i>Colecistitis Crónica Litiásica</i>	13	7.0%
<i>Fibrilación Auricular</i>	13	7.0%
<i>Colecistitis Aguda Litiásica</i>	12	6.4%
<i>Insuficiencia Respiratoria Crónica</i>	11	5.9%
<i>Apendicitis Aguda</i>	9	4.8%
<i>Desnutrición Pluricarencial</i>	6	3.2%
<i>Insuficiencia Cardíaca Congestiva</i>	5	2.7%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Se presenta una lista de patologías concomitantes que se encontraron en los pacientes evaluados, de ellos el más frecuente fue la Neumonía Adquirida en la Comunidad, seguido a éste la Fibrosis Pulmonar, Hipertensión Pulmonar, Diabetes Mellitus Tipo II, Infección del Trato Urinario, entre otros.

Figura N° 11. Frecuencia de Patologías concomitantes



Fuente: Tabla N° 11

**“UTILIZACIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN
PACIENTES ADULTOS MAYORES INTERNADOS EN EL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2013-2016”**

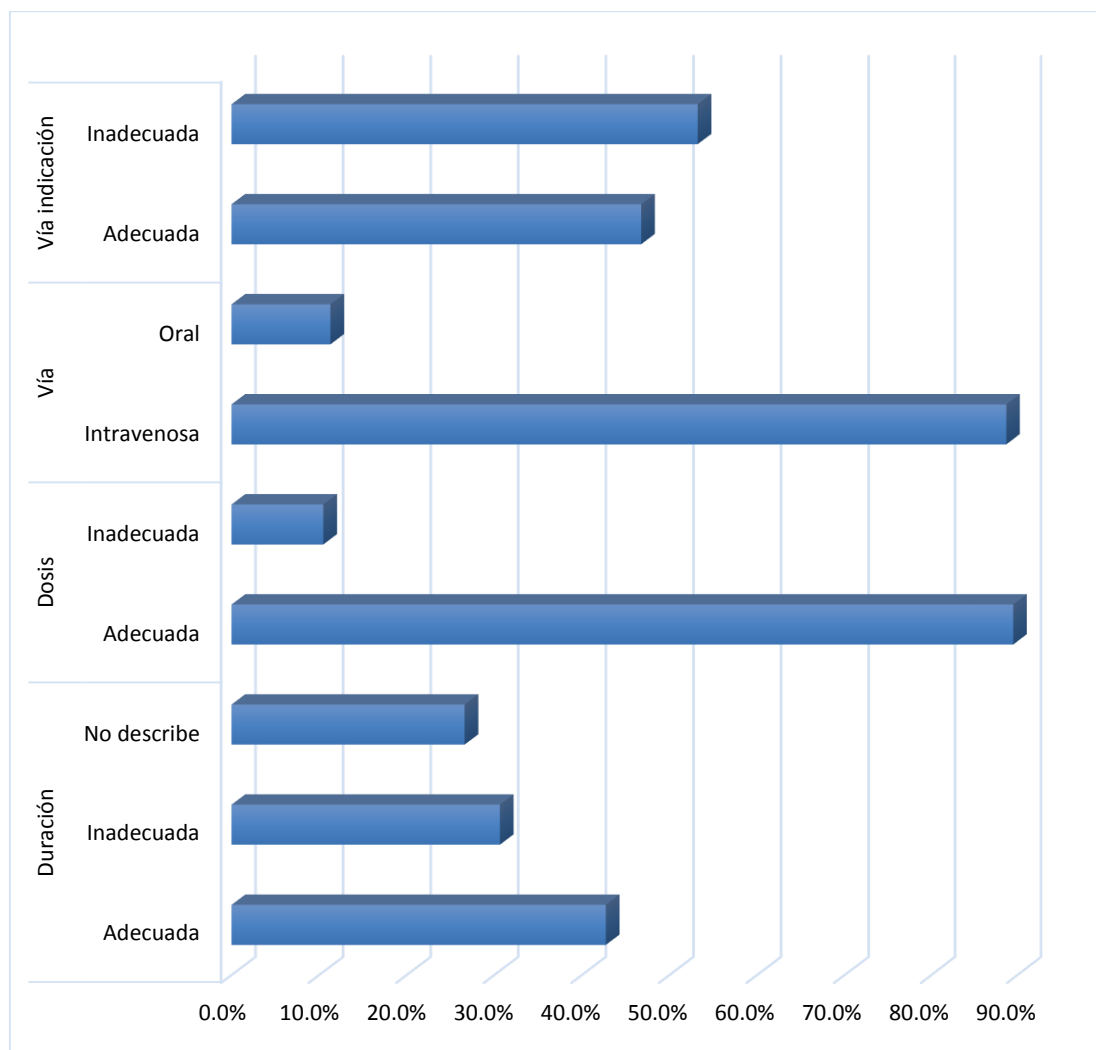
**Tabla N° 12. Características de las prescripciones adecuadas de los
Inhibidores de bomba de protones.**

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Duración		
<i>Adecuada</i>	53	42.7%
<i>Inadecuada</i>	38	30.7%
<i>No describe</i>	33	26.6%
Total	124	100 %
Dosis		
<i>Adecuada</i>	111	89.5%
<i>Inadecuada</i>	13	10.5%
Total	124	100 %
Vía		
<i>Intravenosa</i>	110	88.7%
<i>Oral</i>	14	11.3%
Total	124	100 %
Vía indicación		
<i>Adecuada</i>	58	46.8%
<i>Inadecuada</i>	66	53.2%
Total	124	100 %

Fuente: *Elaboración propia*

Interpretación: En la presente tabla se describen las características respecto a su duración, dosis y vía en los pacientes que tenían una prescripción de IBP adecuada. Se encontró que un 42.7% del total con indicación correcta tuvo una duración adecuada, 89.5% tuvo una dosis adecuada, 88.7% utilizaron la vía intravenosa y un 53.2% del total con indicación adecuada utilizó la vía de administración de manera incorrecta.

Figura N° 12. Características de las prescripciones adecuadas de los Inhibidores de bomba de protones



Fuente: Tabla N° 12

**“UTILIZACIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN
PACIENTES ADULTOS MAYORES INTERNADOS EN EL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2013-2016”**

**Tabla N° 13. Prescripción de Inhibidores de la Bomba de protones
según Servicio, Edad y Sexo.**

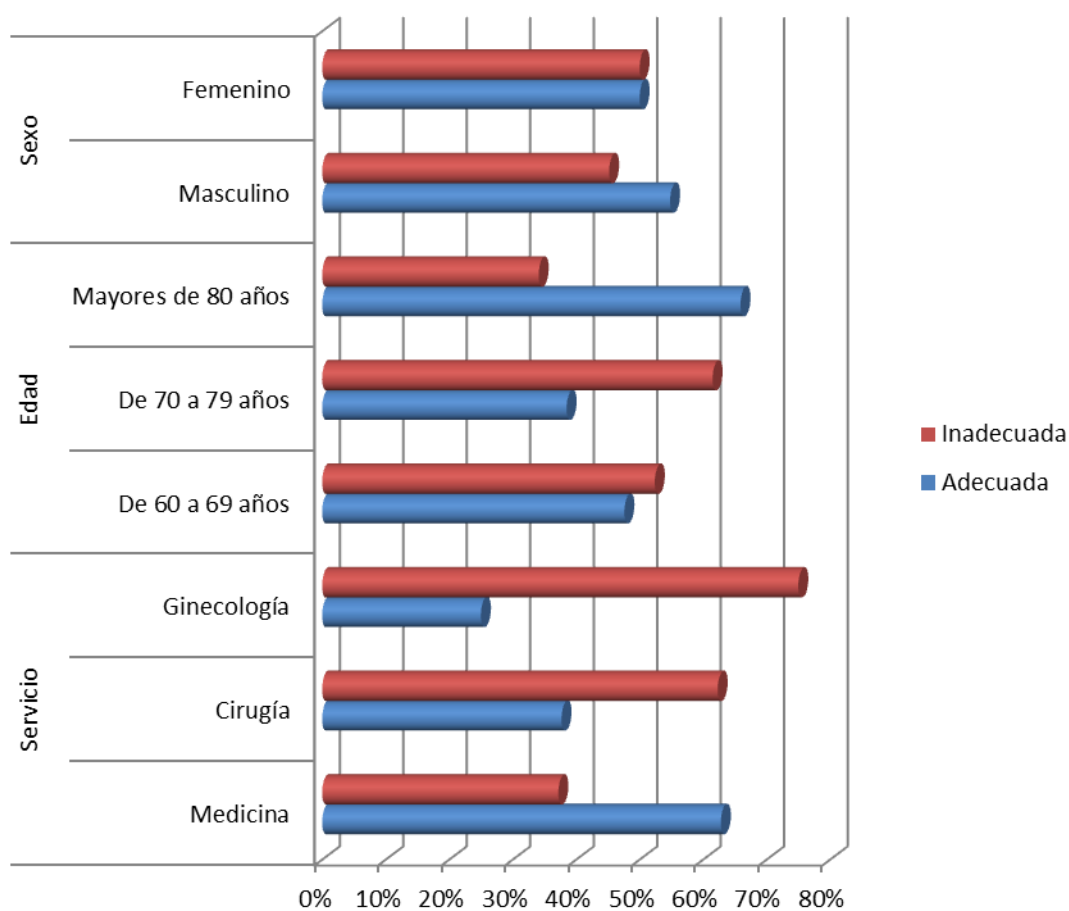
	Prescripción		Total	χ^2	Valor de p
	Adecuada	Inadecuada			
Servicio					
Medicina	91 (62.8%)	54 (37.2%)	145	17.741	<0.001
Cirugía	29 (37.7%)	48 (62.3%)	77		
Ginecología	4 (25%)	12 (75%)	16		
Edad				12.5	0.002
De 60 a 69 años	39 (47.6%)	43 (52.4%)	82		
De 70 a 79 años	25 (38.5%)	40 (61.5%)	65		
Mayores de 80 años	60 (65.9%)	31 (34.1%)	91		
Sexo				0.367	0.545
Masculino	57 (54.8%)	47 (45.2%)	104		
Femenino	67 (50%)	67 (50%)	134		

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

Se evaluaron las asociaciones de variables entre el estado de la prescripción y el Servicio, Edad y Sexo. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) en el Servicio y la Edad. Teniéndose mayor frecuencia de la inadecuada prescripción en el servicio de Ginecología y Cirugía, en comparación con el de medicina. Y la prescripción adecuada es mejor en mayores de 80 años.

Figura N° 13. Prescripción de Inhibidores de la Bomba de protones según Servicio, Edad y Sexo.



Fuente: Tabla N° 13

**“UTILIZACIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN
PACIENTES ADULTOS MAYORES INTERNADOS EN EL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2013-2016”**

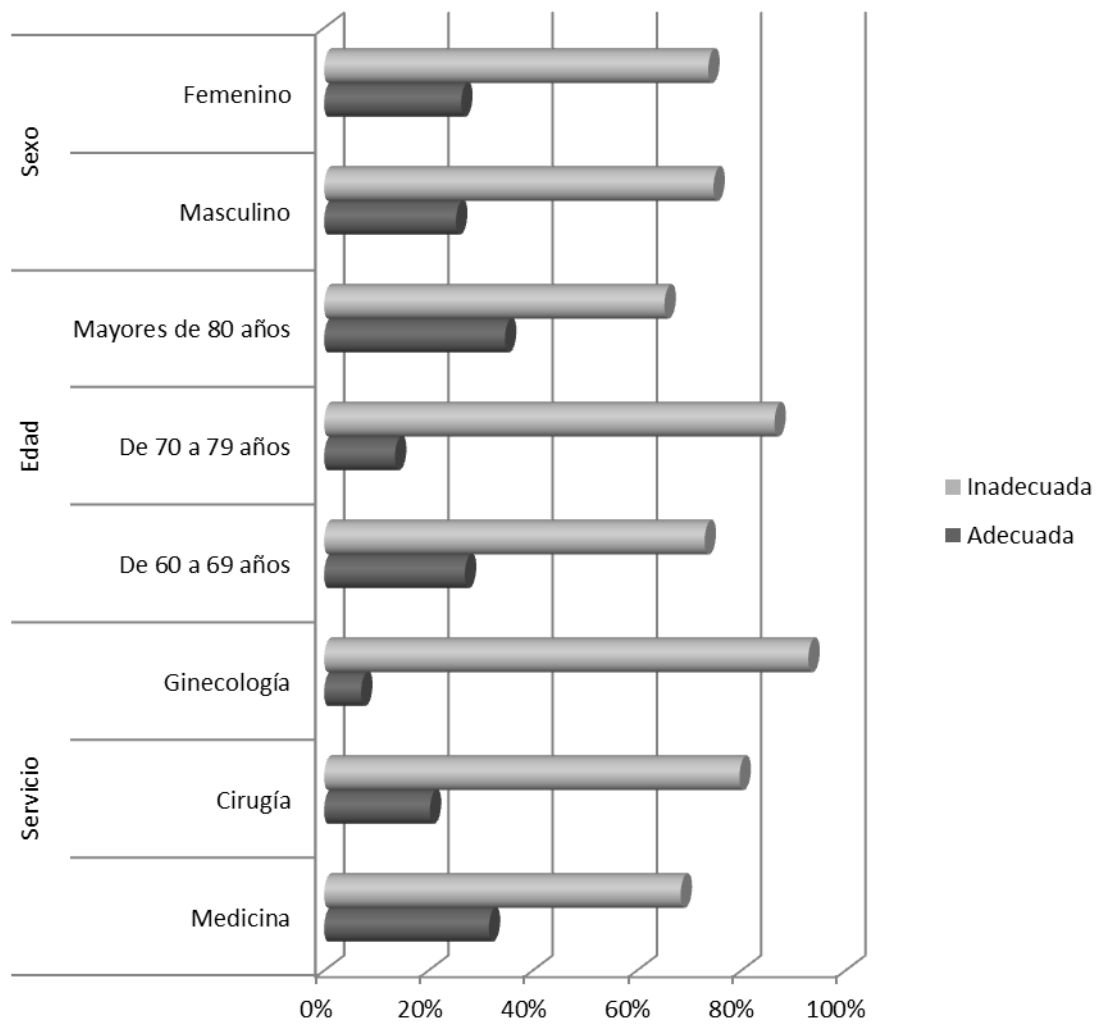
Tabla N° 14. Duración del tratamiento de Inhibidores de la Bomba de protones según Servicio, Edad y Sexo.

	Duración		Total	Chi2	Valor de p
	Adecuada	Inadecuada			
Servicio					
<i>Medicina</i>	37 (31.6%)	80 (68.4%)	117	5.792	0.055
<i>Cirugía</i>	15 (20.3%)	59 (79.7%)	74		
<i>Ginecología</i>	1 (7.1%)	13 (92.9%)	14		
Edad					
<i>De 60 a 69 años</i>	20 (27%)	54 (73%)	74	7.659	0.022
<i>De 70 a 79 años</i>	8 (13.6%)	51 (86.4%)	59		
<i>Mayores de 80 años</i>	25 (34.7%)	47 (65.3%)	72		
Sexo					
<i>Masculino</i>	22 (25.3%)	65 (74.7%)	87	<0.001	1
<i>Femenino</i>	31 (26.3%)	87 (73.7%)	118		

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: En la evaluación de la asociación entre la correcta e incorrecta duración del tratamiento y las Variables de Servicio, Edad y Sexo; únicamente se encontró una diferencia estadísticamente significativa con la variable Edad, siendo más factible que un paciente mayor de 80 años tenga una duración del tratamiento adecuada comparado con pacientes entre 60 y 80 años.

Figura N° 14. Duración del tratamiento de Inhibidores de la Bomba de protones según Servicio, Edad y Sexo.



Fuente: Tabla N° 14

**“UTILIZACIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN
PACIENTES ADULTOS MAYORES INTERNADOS EN EL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2013-2016”**

Tabla N° 15. Dosis del tratamiento de Inhibidores de la Bomba de protones según Servicio, Edad y Sexo.

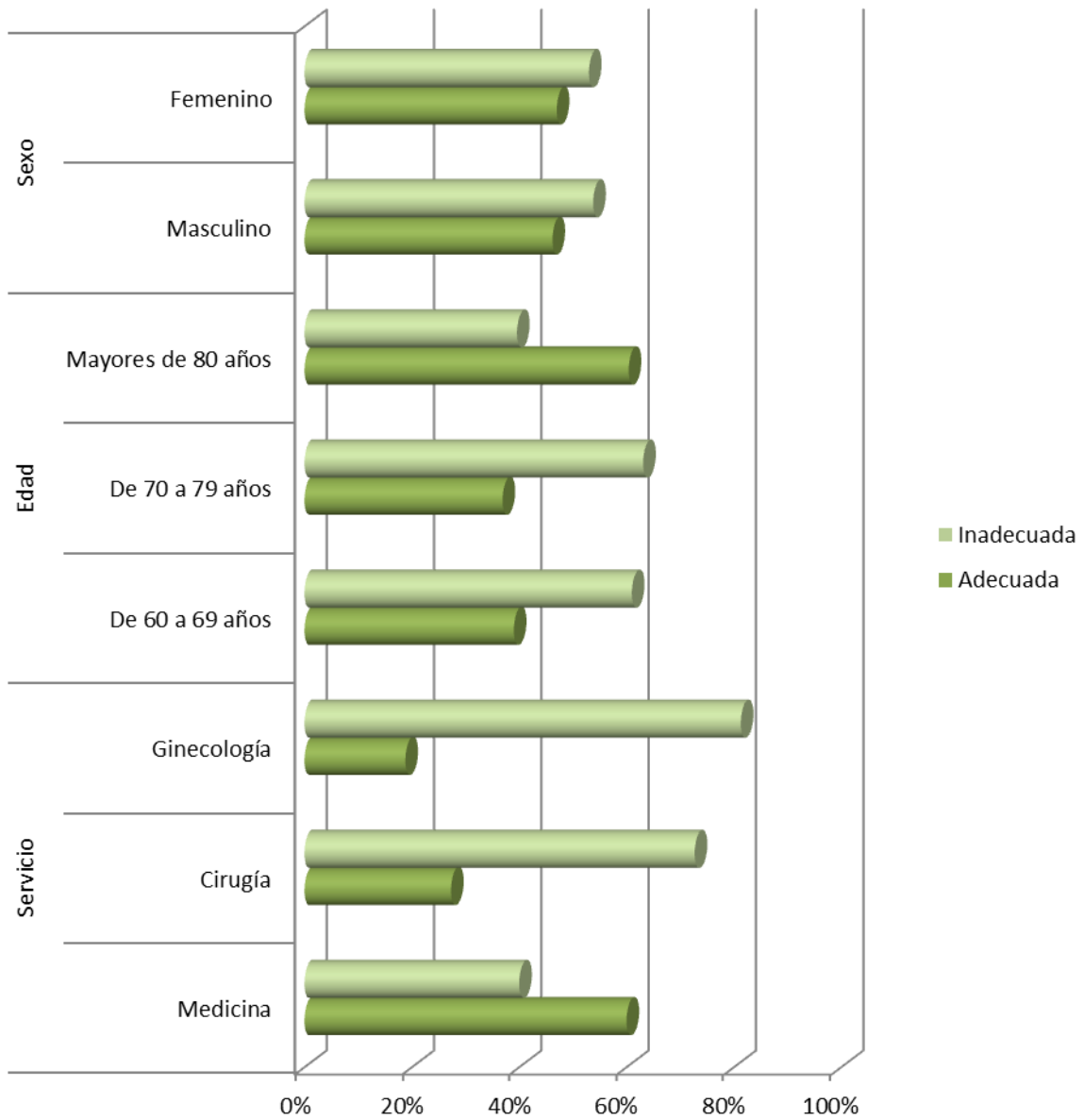
	Dosis		Total	Chi2	Valor de p
	Adecuada	Inadecuada			
Servicio					
<i>Medicina</i>	87 (60%)	58 (40%)	145		
<i>Cirugía</i>	21 (27.3%)	56 (72.7%)	77	27.006	<0.001
<i>Ginecología</i>	3 (18.8%)	13 (81.3%)	16		
Edad					
<i>De 60 a 69 años</i>	32 (39%)	50 (61%)	82		
<i>De 70 a 79 años</i>	24 (36.9%)	41 (63.1%)	65	11.34	0.003
<i>Mayores de 80 años</i>	55 (60.4%)	36 (39.6%)	91		
Sexo					
<i>Masculino</i>	48 (46.2%)	56 (53.8%)	104	<0.001	0.999
<i>Femenino</i>	63 (47%)	71 (53%)	134		

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

En cuanto a la correcta dosis de tratamiento y su asociación con otras variables. Se encontró que existen asociaciones estadísticamente significativas ($p < 0.05$) con el servicio de procedencia y la edad. Existiendo en el Servicio de Medicina y en los mayores de 80 años una mejor prescripción respecto a la dosis.

Figura N° 15. Dosis del tratamiento de Inhibidores de la Bomba de protones según Servicio, Edad y Sexo.



Fuente: Tabla N° 15

**“UTILIZACIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN
PACIENTES ADULTOS MAYORES INTERNADOS EN EL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2013-2016”**

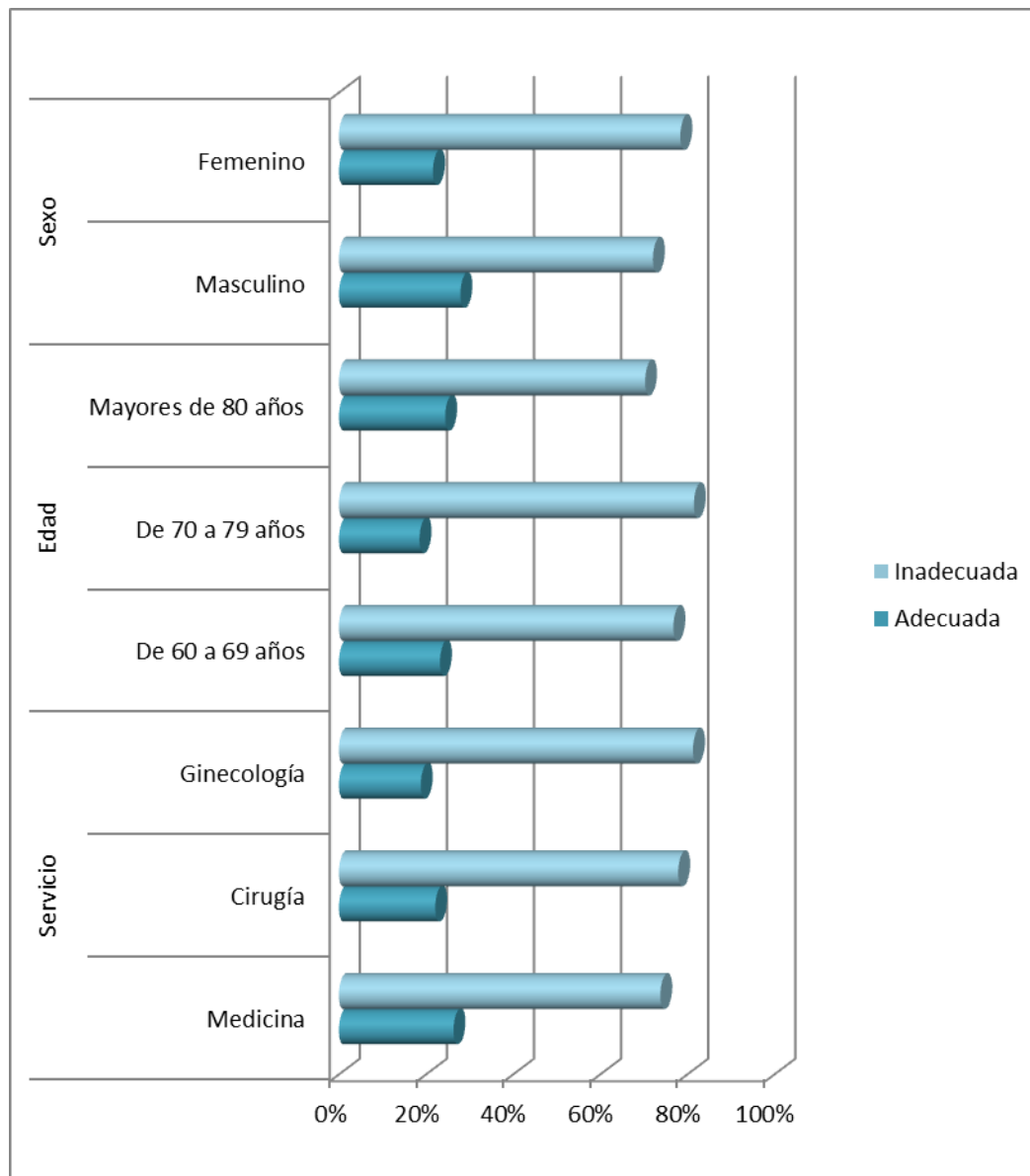
**Tabla N° 16. Uso de la vía del tratamiento de Inhibidores de la
Bomba de protones según Servicio, Edad y Sexo.**

	Uso de la vía		Total	Chi2	Valor de p
	Adecuada	Inadecuada			
Servicio					
<i>Medicina</i>	38 (26.3%)	107 (73.8%)	145	0.759	0.684
<i>Cirugía</i>	17 (22.1%)	60 (77.9%)	77		
<i>Ginecología</i>	3 (18.8%)	13 (81.3%)	16		
Edad					
<i>De 60 a 69 años</i>	19 (23.2%)	63 (76.8%)	82	2.682	0.262
<i>De 70 a 79 años</i>	12 (18.5%)	53 (81.5%)	65		
<i>Mayores de 80 años</i>	27 (24.4%)	64 (70.3%)	91		
Sexo					
<i>Masculino</i>	29 (27.9%)	75 (72.1%)	104	0.923	0.337
<i>Femenino</i>	29 (21.6%)	105 (78.4%)	134		

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: En cuanto al análisis sobre el uso correcto de la vía y las variables Servicio de Procedencia, Edad y Sexo, no se encontró una relación estadísticamente significativa.

Figura N° 16. Uso de la vía del tratamiento de Inhibidores de la Bomba de protones según Servicio, Edad y Sexo.



Fuente: Tabla N° 16

**“UTILIZACIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN
PACIENTES ADULTOS MAYORES INTERNADOS EN EL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2013-2016”**

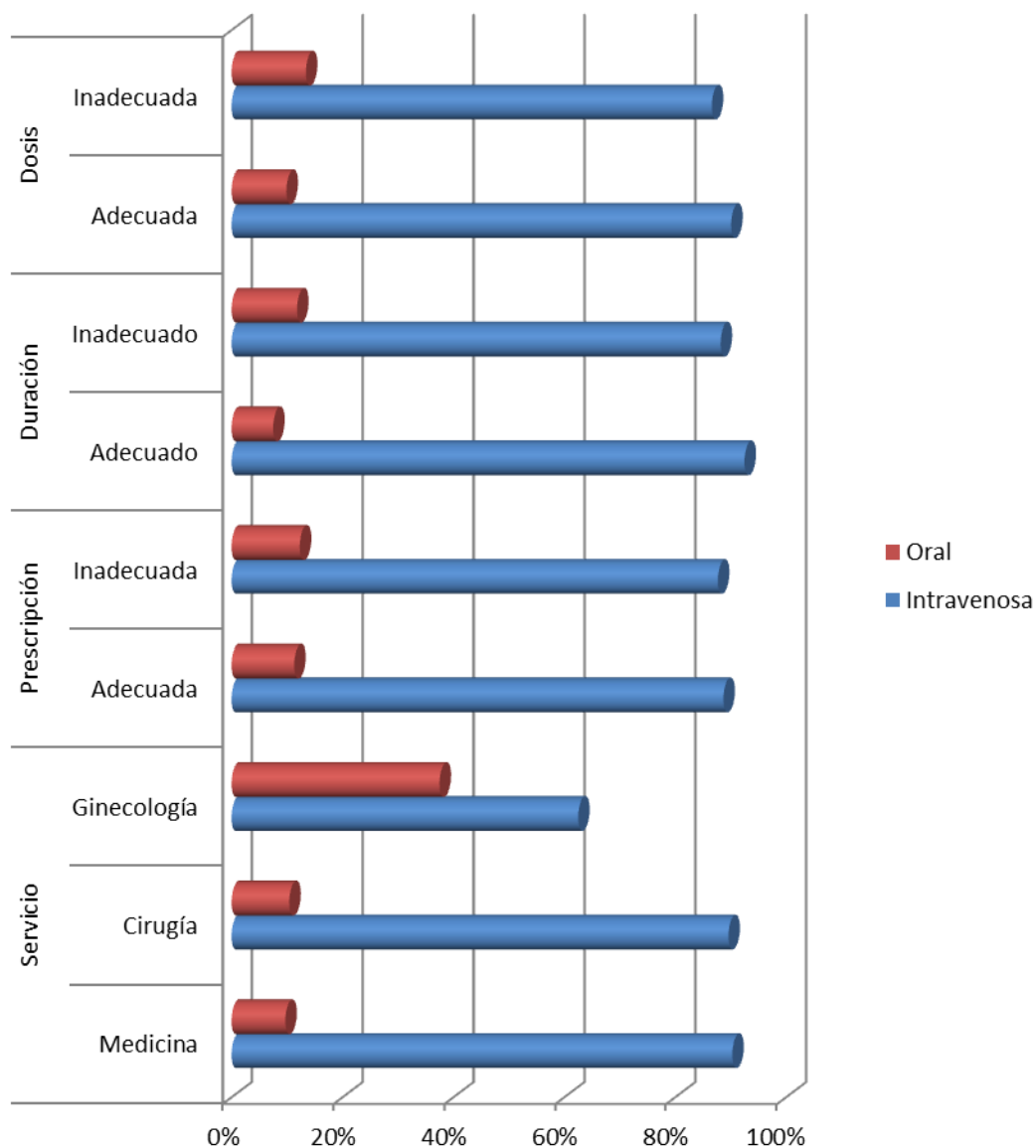
**Tabla N° 17. Tipo de vía utilizado para el tratamiento con Inhibidores
de la Bomba de protones según Servicio, Prescripción, Duración y
Dosis**

	Tipo de vía		Total	Chi2	Valor de p
	Intravenosa	Oral			
Servicio					
<i>Medicina</i>	131 (90.3%)	14 (9.7%)	145	10.97	0.004
<i>Cirugía</i>	69 (89.6%)	8 (10.4%)	77		
<i>Ginecología</i>	10 (62.5%)	6 (37.5%)	16		
Prescripción					
<i>Adecuada</i>	110 (88.7%)	14 (11.3%)	124	0.001	0.972
<i>Inadecuada</i>	100 (87.7%)	14 (12.3%)	114		
Duración					
<i>Adecuado</i>	49 (92.5%)	4 (7.5%)	53	0.375	0.54
<i>Inadecuado</i>	134 (88.2%)	18 (11.8%)	152		
Dosis					
<i>Adecuada</i>	100 (90.1%)	11 (9.9%)	111	0.395	0.53
<i>Inadecuada</i>	110 (86.6%)	17 (13.4%)	127		

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre el tipo de vía y el servicio, notándose diferencias en el servicio de Cirugía y Medicina donde tiende a usarse la vía intravenosa más que en el servicio de Ginecología.

Figura N° 17. Tipo de vía utilizado para el tratamiento con Inhibidores de la Bomba de protones según Servicio, Prescripción, Duración y Dosis



Fuente: Tabla N° 17



CAPITULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la utilización de los inhibidores de la Bomba de Protones (IBP) en adultos mayores del Hospital Goyeneche. Se hizo la recolección de datos correspondientes a los años 2013 al 2016 en pacientes adultos mayores que han recibido por lo menos una dosis del inhibidor de bomba de protones en los servicios de Medicina, Cirugía y Ginecología encontrándose una la proporción de 60.9%, 32.4% y 6.7% respectivamente (**Tabla N° 1 y Figura N° 1**). Existen estudios que han evaluado la utilización de IBP en los diferentes servicios o departamentos hospitalarios, uno de ellos es el de Coraline Bez y colaboradores en Suiza, donde pone en alerta el excesivo uso de IBP en pacientes de la Unidad de Cuidados no Intensivos y su continuación inapropiada en recetas al alta (29). En diversos Servicios de Medicina, donde ingresan pacientes con varios y diferentes diagnósticos se ha instaurado de manera rutinaria la prescripción de IBP bajo supuesta gastrolesividad del tratamiento que reciban (30). En los pacientes del servicio de cirugía, a los post-operados la indicación de IBP se da casi en la totalidad de pacientes bajo la razón de profilaxis farmacológica (31).

Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) representan una de las clases de fármacos más ampliamente prescritas en general. Muchas prescripciones se hacen sin adherencia clara a las indicaciones estándar. Como clase de fármacos ordinariamente bien tolerados, los IBP no están libres de efectos secundarios y se han planteado preocupaciones acerca del posible papel de los IBP en la predisposición de los pacientes a un mayor riesgo de infecciones bacterianas y sepsis.

La edad (**Tabla N° 2 y Figura N°2**) de los adultos mayores se categorizó entre los que tenían más de 80 años quienes conformaron el 38.2%, los que tenían entre 60 a 69 años el 34.5% y el grupo minoritario estuvo conformado entre los que tenían 70 a 79

años. La población conformada por adultos mayores tiene un particular riesgo superior al del resto de la población en cuanto al consumo de IBP. Un estudio en adultos mayores que sufrieron infarto de miocardio y a quienes se les administro clopidogrel con IBP se asoció a una pérdida de efectos beneficioso del primero y un mayor riesgo de reinfarto (33). Así mismo esta asociación el consumo de IBP en adultos mayores está asociado a un incremento de fracturas de cadera, en especial las dosis altas, debido a la interferencia de la absorción del calcio (34). El año pasado, en la prestigiosa revista JAMA (Journal of American Medical Association) concluyó en un estudio en adultos mayores que dejar de consumir IBP puede prevenir el desarrollo de demencia, puesto que demostraron que su uso incrementa los niveles de β -amiloide en cerebros de ratones (35). Aunque existan otros efectos adversos del consumo de IBP en adultos mayores, algunos se han desmentido, por ejemplo, no se ha demostrado que disminuya la absorción de la vitamina B12 en los que tienen tratamiento a largo plazo (32).

En relación al sexo (**Tabla N° 3 y Figura N° 3**) ligeramente fueron más pacientes del sexo femenino (56.3%) que del masculino (43.7%). Según diversos estudios revisados, el consumo de IBP no guarda una relación en cuanto al sexo en adultos mayores, varía según la patología; en algunos casos las mujeres post-menopaúsicas pueden presentar mayores complicaciones en el sistema esquelético, el cual se ve potenciado por el consumo de IBP aumentando el riesgo de fracturas y osteoporosis (36).

Respecto a la prescripción de los IBP (**Tabla N° 4 y Figura N° 4**), fue adecuada en 52.1% de los pacientes. Llama la atención este resultado pues estamos ante una situación en la que en la mitad de los pacientes no se está recetando adecuadamente los IBP. Al revisar la situación de pacientes que no cumplen los criterios para indicárseles IBP en países desarrollados como Australia y Reino Unido encontramos

frecuencias de 63% y 67% respectivamente; por encima de las que encontramos en nuestro estudio (37, 38). En pacientes de atención primaria del Reino Unido se ha encontrado una inadecuada prescripción en 54% de ellos (39). En Singapur 54.1% no cumplía con las indicaciones de la FDA para la prescripción de IBP (40). En nuestro país Bustamante Robles hizo un estudio en dos Hospitales de Lima, hallando que 54% de los pacientes tenía prescripciones inapropiadas de IBP (41).

Dentro de los motivos de indicación adecuada (**Tabla N° 5 y Figura N° 5**) de este grupo se encontró: Profiláctica para gastropatía secundaria a medicación gastrolesiva (70.2%), dispepsia no investigada (12.1%), profiláctica para úlcera por estrés (8.07%). Dentro de las indicaciones para una prescripción inadecuada encontramos a una profilaxis aparente (profilaxis secundaria a medicación no gastrolesiva o secundaria a patologías no críticas) en un 86.84%, profiláctico para AINEs menor a 7 días (9.65%). Bustamante Robles y colaboradores de Lima – Perú reportaron que el principal motivo de prescripción de IBP basado en GPC fue la prevención de úlceras gástricas producidas por antiinflamatorio no esteroideo en pacientes con edad avanzada (65,72%) y que el principal motivo de prescripción de IBP no basado en GPC fue la polifarmacia en un 60 % y por NPO en un 18 % (41). En las indicaciones de IBP resaltan su uso en el tratamiento de la úlcera peptídica, trayendo consigo su capacidad de suprimir la secreción ácida, curación de la úlcera, alivio de síntomas superior a otras terapias; lo que hace que los IBP tengan un nivel de evidencia A para esta patología (42). Los pacientes que tienen úlceras peptídicas sangrantes que reciben IBP han demostrado disminución en la necesidad de transfusiones o cirugías, así como una reducción en la estancia hospitalaria (43). La terapia de mantenimiento de las úlceras peptídicas mediante IBP evita la recurrencia en la formación de úlceras, disminuye la infección de *Helicobacter pylori* y evita la formación de úlceras grandes

(44). Es recomendable utilizar IBP en pacientes que únicamente se ha demostrado que sus efectos sean beneficiosos, como los mencionados anteriormente.

En cuanto a la duración (**Tabla N° 6 y Figura N° 6**) del tratamiento, fue adecuado sólo en 22.3%. 46.6% tuvo una dosis adecuada. La duración de tratamiento es fundamental al momento de evitar efectos no deseados. Por lo general, los tratamientos de IBP a corto plazo en dosis estándar no representan ningún riesgo; sin embargo, se debe tener una especial consideración cuando el tratamiento es extenso y en población de adultos mayores como la nuestra (45). Algunos estudios han demostrado, no concluyentemente, que el uso prolongado de IBP interfiere con la absorción de hierro, calcio, magnesio y vitamina B12 a causa de la prolongada inhibición del ácido gástrico (46, 47). Hasta el momento, el tratamiento de IBP a largo plazo no ha demostrado el incremento de cáncer gástrico u otras lesiones malignas (48)

Respecto a las dosis de administración en 53.4% no fue una adecuado (**Tabla N° 7 y Figura N° 7**). Se ha publicado que es plausible que a dosis convencionales de los IBP para síntomas dispépticos pueden enmascarar o retrasar enfermedades más graves como el cáncer gástrico (49). Sin embargo, otros estudios demostraron que la tasa de supervivencia e estos pacientes dependía únicamente del grado de participación de las capas estomacales más no de los IBP (50). El uso del estudio de los IBP según el estudio llevado a cabo por Brozek et al, en Austria mostró, a los 90 días, una considerable disminución de la mortalidad en pacientes con fractura de cadera y osteoporosis que utilizaron IBP. Sin embargo, ésta se incrementó medio año después de su uso (27). Existen estudios que se orientan a los beneficios de las dosis altas de los IBP; donde por ejemplo se busca la disminución del riesgo de adenocarcinoma esofágico, pero se necesita más investigación para determinar si es rentable y si los riesgos de los efectos adversos son menores a los del beneficio (51).

Las indicaciones se dieron mayoritariamente por vía intravenosa (88.2%) (**Tabla N° 8 y Figura N° 8**). Se ha recomendado la administración de una dosis alta intravenosa de IBP después de la terapia endoscópica para la hemorragia por úlcera péptica como terapia adyuvante; el estudio de Hsu-Heng y colaboradores encontró no hay evidencia de una diferencia en los resultados clínicos entre el tratamiento oral y el tratamiento intravenoso con IBP, además que los pacientes que reciben IBP vía oral tienen una estancia hospitalaria más corta (52). Los IBP orales demuestran una eficacia similar a los IPP intravenosos entre los pacientes con sangrado de úlcera péptica (53). Según lo reportado en la información de las historias clínicas solo el 24.4% tenían adecuada la vía (**Tabla N° 9 y Figura N° 9**), respecto a la patología presentada.

En la evaluación de tratamientos gastrolesivos previos a la hospitalización (**Tabla N° 10 y Figura N° 10**), no se encontró tal información (87.4%) en la gran mayoría de las historias evaluadas de los pacientes. En los casos que se mencionaban 8% era por uso de AINEs (ácido acetilsalicílico el más frecuente), 3.8% por anticoagulantes y 0.8% otros. Los AINEs y los IBP se encuentran entre los medicamentos prescritos más frecuentes en todo el mundo (54). Los AINES asociados a su uso prolongado han mostrado efectos adversos y varias complicaciones, dentro de las que destacan las hemorragias gastrointestinales superiores e inferiores y el incremento del riesgo cardiovascular (55). En estudios de corto plazo sobre el uso de AINEs, a nivel endoscópico se ha visto incremento de la permeabilidad intestinal, inflamación del intestino, erosión de la mucosa y ulceraciones (56).

Las patologías concomitantes (**Tabla N° 11 y Figura N° 11**) más frecuentes que presentaron los pacientes evaluados fueron Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) (12.8%), seguida de Fibrosis Pulmonar (12.3%), Hipertensión Pulmonar

(10.7%), Diabetes Mellitus tipo II (9.6%), Infección del Tracto Urinario (9.6%), entre otras. Existen estudios recientes que han encontrado asociaciones entre NAC y el consumo de IBP menor a 30 días o en dosis altas (57), sin embargo, estas asociaciones pueden confundirse involucrando otras condiciones médicas (58). El estudio de O'Leary y colaboradores identificó a los pacientes que consumían IB como factores de riesgo para el desarrollo de infecciones en pacientes cirróticos (59). La hipomagnesemia que puede generarse a causa de los IBP puede ser un factor importante al momento de relacionarlo a patologías como arritmias cardíacas y convulsiones (60).

Las características que presentan las prescripciones adecuadas (**Tabla N° 12 y Figura N° 12**) presentan ciertas peculiaridades, de ellas 42.7% tiene una duración de tratamiento adecuada, 89.5% tiene dosis adecuada, el 88.7% se da mediante vía endovenosa y se considera que la vía es adecuada en 46.8%. Existe una incongruencia al momento de considerar las características de las indicaciones de los IBP, los cuales necesitan mayor investigación a fondo para identificar qué factores y características están influyendo ante tanta variabilidad.

En la evaluación de las asociaciones entre la prescripción (adecuada e inadecuada) y características como el servicio, la edad y el sexo (**Tabla N° 13 y Figura N° 13**), se encontró que existen relaciones estadísticamente significativas con el servicio y la edad ($p < 0.05$), en el primero se evidencia que la mayoría de prescripciones adecuadas (62.8%) se dan en el servicio de medicina; en el servicio de cirugía 62,3% tiene prescripciones inadecuadas y en el servicio de ginecología se incrementa al 75% las prescripciones inadecuadas. Para esta situación no es posible realizar comparaciones con diversos hospitales en el mundo ya que cada hospital maneja su sistema acorde a sus capacidades técnicas y logísticas, se recomienda que posteriormente se evalúe los factores que puedan estar relacionados a esta diferencia.

El 65.9% de los mayores de 80 años tiene prescripciones adecuadas a diferencia de los que tienen entre 70 y 79 años que 38.5% tienen prescripciones adecuadas. La calidad de la prescripción de medicamentos depende del control hospitalario, así como la calidad de médicos que laboran en él, un método eficaz de corroborar la exactitud en la prescripción es mediante el uso de guías de manejo terapéutico (61).

En la duración del tratamiento (adecuado e inadecuado) y las características servicio, edad y sexo (**Tabla N° 14 y Figura N° 14**), se encontró una diferencia estadística con la edad ($p: 0.022$), con una tendencia a tener una adecuada duración en las personas que tienen más de 80 años, seguida por los que tiene entre 60 y 69 años y por último los que tienen entre 70 y 79 años. Al comparar las dosis (adecuado e inadecuado) con las variables en mención (**Tabla N° 15 y Figura N° 15**), encontramos que el servicio de medicina es el que los casos más altos de dosis adecuada (60%), seguido de los de cirugía (27.3%) y los de ginecología (18.8%) ($p < 0.001$); con respecto a la edad ($p: 0.003$), notablemente las personas mayores de 80 años presentaron más frecuencias de casos con dosis adecuadas (60.4%), entre 70 a 79 años fueron 36.9% y entre 60 a 69 años eran 36.9%. Se observa menor tasa de fallo en el servicio de Medicina y los adultos mayores de 80 años. No se encontraron diferencias estadísticas significativas entre el uso de la vía (adecuado e inadecuado) y las variables en estudio (**Tabla N° 16 y Figura N° 16**). En ninguno de los tres casos el género tuvo una distribución de sus datos dispareja.

Finalmente, en la **Tabla N° 17 y Figura N° 17** se compara los tipos de vía utilizados según servicio, prescripción, duración y duración, únicamente encontrando significancia estadística en el Servicio ($p: 0.004$); aquí encontramos que la vía intravenosa se usa en más de la mitad de pacientes, con mayor frecuencia en los servicios de Medicina (90.3%) y Cirugía (89.6%), más distante el servicio de Ginecología (62.5%); las inferencias para la explicación de ésta diferencia son

variadas, pudiendo depender desde el diagnóstico del paciente hasta el estado de conciencia del paciente, son necesarios estudios al respecto para tener un mejor entendimiento de esta diferencia.

Las evidencias de diferente poder se están acumulando en este tema, los estudios prospectivos son necesarios para llegar a un acuerdo más universal, pero sin duda más atención es necesaria por los prescriptores en ser más adherente a las pocas indicaciones reconocidas para el uso de IBP, especialmente en pacientes con riesgo incrementado. De lo contrario, los médicos podrían correr el riesgo de ser acusado de sobre prescripción (28). El costo de este uso inapropiado de los IBP se ha vuelto alarmante y requiere ser controlado. Creo que los médicos junto con las sociedades científicas y las autoridades reguladoras deben planificar iniciativas educativas para guiar tanto a los médicos de atención primaria como a los especialistas en el uso correcto de los IBP en su práctica clínica diaria, de acuerdo con las directrices publicadas a nivel mundial (26).



CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

CONCLUSIONES

- PRIMERA:** Los pacientes con indicación adecuada de IBP basada en GPC conformaron el 52.1 % del total, se encontró además que los pacientes que tuvieron más proximidad a un tratamiento adecuado fueron los mayores de 80 años y procedentes del servicio de Medicina, a diferencia de los procedentes del servicio de Cirugía y Ginecología que muestran en mayor frecuencia un mal uso de los IBP.
- SEGUNDA:** Las patologías concomitantes más frecuentes previas fueron la Neumonía Adquirida en la Comunidad, Fibrosis Pulmonar, Hipertensión Pulmonar, Diabetes Mellitus II, entre otras. .
- TERCERA:** La indicación más frecuente de Inhibidores de la Bomba de Protones fue como profilaxis para gastropatía secundaria medicación gastrolesiva.
- CUARTO:** El uso de Inhibidores de la Bomba de Protones sin indicación adecuada más frecuente fue por aparente profilaxis ya fuese por medicación no gastrolesiva o por patología no crítica, cuando el caso no lo requería.
- QUINTO:** La indicación de la duración, dosis y vía de administración no fue la adecuada en la mayoría de casos. En pacientes mayores de 80 años es más factible que se prescriba una dosis y duración del tratamiento adecuada comparado con pacientes entre 60 y 80 años, además que la dosis es mejor indicada en el servicio de medicina donde también hay mayor uso de la vía intravenosa.

SUGERENCIAS

- PRIMERA:** Se sugiere al ministerio de salud actualice las guías existentes sobre prescripción adecuada de inhibidores de bomba de protones ya que todavía existen patologías que requieren de prescripción de inhibidores de bomba de protones pero que no son mencionadas en dichas guías.
- SEGUNDA:** Se sugiere al servicio de Gastroenterología del Hospital Goyeneche trabajar en base a las Guías de Manejo, debido a que se han encontrado deficiencias al momento de indicar Inhibidores de la Bomba de Protones.
- TERCERA:** Se sugiere a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Medicina que enfoque posteriores trabajos de investigación a la evaluación que expuesta con la toma de mayor muestra, es decir incluyendo la mayor cantidad de Hospitales Posibles de la ciudad de Arequipa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schubert ML, Peura DA. Control of gastric acid secretion in health and disease. *Gastroenterology* 2008; 134:1842.
2. Lloyd KCK, Debas HT. Peripheral regulation of gastric acid secretion. In: *Physiology of the Gastrointestinal Tract*, Johnson LR, Christensen J, Jackson MJ, et al (Eds), Raven Press, New York 1994.
3. Wolfe MM, Soll AH. The physiology of gastric acid secretion. *N Engl J Med* 1988; 319:1707.
4. Wolfe MM, Sachs G. Acid suppression: optimizing therapy for gastroduodenal ulcer healing, gastroesophageal reflux disease, and stress-related erosive syndrome. *Gastroenterology* 2000; 118:S9.
5. Barrachina MD, Calatayuda S. Farmacología De Las Secreciones Gastrointestinales. En: Lorenzo P, Moreno A, Lizasoain I, Leza JC, Moro MA, Portolés A. Velásquez Farmacología Básica y Clínica. 18ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2008. p.571
6. Brunton L, Parker K, Blumenthal D, Buxton I. Goodman & Gilman: Manual De Farmacología Y Terapéutica. 12ª ed. Mexico D.F.: Mexicana; 2011.p.621
7. Oscanoa Espinoza TJ. Seguridad De Los Inhibidores De La Bomba De Protones. *Rev. Gastroenterol. Perú*; 2011; 31(1): 50-1
8. Barrera Linares E, Gómez Suárez E, Mataix Sanjuan A et al. Criterios de selección de inhibidores de la bomba de protones. *Rev. Serv Madrileño de salud. Madrid*; 2011; 21(3): 2-3
9. Dorward S, Sreedharan A, Leontiadis GI, et al. Proton pump inhibitor treatment initiated prior to endoscopic diagnosis in upper gastrointestinal bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; :CD005415.
10. Gisbert JP, González L, Calvet X, et al. Proton pump inhibitors versus H2-antagonists: a meta-analysis of their efficacy in treating bleeding peptic ulcer. *Aliment Pharmacol Ther* 2001; 15:917.
11. Green FW Jr, Kaplan MM, Curtis LE, Levine PH. Effect of acid and pepsin on blood coagulation and platelet aggregation. A possible contributor prolonged gastroduodenal mucosal hemorrhage. *Gastroenterology* 1978; 74:38.
12. Gallach M, Calvet X, Lanás Á, Feu F, Ponce J, Gisbert JP et al. Guía práctica para el manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa. *Emergencias* 2013; 25: 472-481

13. Ferrer I, Pérez JM, Herrerías JM. Guía De Seguimiento Farmacoterapéutico Sobre Úlcera Péptica: Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (GIAF); 2004.
14. Grupo de trabajo Sector Zaragoza I Salud. Empleo de los inhibidores de la bomba de protones en la prevención de gastropatías secundarias a fármacos. Guía de Práctica Clínica. Enero 2012. http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_509_IBP_gastropatias_2rias_fcos_completa.pdf
15. Valdivia Roldán M. Gastritis y Gastropatías. Rev. Gastroenterol. Perú; 2011; 31-1: 38-48
16. Beltrán MA. Síndrome de Zollinger-Ellison: revisión del conocimiento actual. Rev Colomb Cir. 2016;31:197-211
17. Cruz Bartolomé M, Clemente Jiménez S, Gregorio Nogueras C, Esteban Gimeno AB, Estrada Ramos M et al. Empleo De Los Inhibidores De La Bomba De Protones En La Prevención De Gastropatías Secundarias A Fármacos. Guía de prác clínica. Zaragoza;2011; (1): 45-8
18. De la Coba C, Argüelles Arias F, De Argila CM, Júdez J, Linares A, Ortega Alonso A. Efectos adversos de los inhibidores de la bomba de protones: revisión de evidencias y posicionamiento de la Sociedad Española de Patología Digestiva. Rev Esp Enferm Dig 2016; 108 (4): 207-224
19. Gomm W, Holt K, Thomé F, Broich K, Maier W, Fink A et al. Association of Proton Pump Inhibitors With Risk of Dementia A Pharmacoepidemiological Claims Data Analysis. JAMA Neurology Published online February 15, 2016.
20. Ponce J, Esplugues JV. Racionalizar El Uso De Ibp: Una Asignatura Pendiente. Rev esp enferm dige. Madrid; 2013;135 (3): 121-23
21. De burgos Lunar C, Novo Del Castillo S, Llorente Díaz E, Salinero Fort MA. Estudio de prescripción-indicación de inhibidores de la bomba de protones. Rev clínica Esp. 2006; 206: 266-70
22. Villalba-Kong Gina. Características y Frecuencia de la prescripción de Inhibidores de la Bomba de Protones en los servicios de Medicina y Cirugía en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2014. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana. Universidad Católica de Santa María. Arequipa 2014.
23. Bustamante Robles KY, Ticse Aguirre R, Cánepa Rondo IF, Costa Herrera CG et al. Frecuencia de la Prescripción de los Inhibidores de Bomba de Protones

- Basada en Guías de Práctica Clínica en Pacientes Hospitalizados en Dos Hospitales Docentes de Lima – Perú. *Rev. Gastroenterol. Perú*; 2012; 32-1: 44-49
24. Martín-Echevarría, E., Pereira Juliá, A., Torralba, M., Arriola Pereda, G., Martín Dávila, P., Mateos, J., & Rodríguez Zapata, M. (2008). Evaluación del uso de los inhibidores de la bomba de protones en un servicio de medicina interna. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 100(2), 76-81.
 25. López-Dóriga B, Neira Álvarez M, Mansilla Laguía S. Inhibidores de la bomba de protones: estudio de prescripción en una Unidad de Recuperación Funcional. *Rev esp geriat*. 2013; 48(6): 269-71
Schepisi R, Fusco S, Sganga F, et al. Inappropriate Use of Proton Pump Inhibitors in Elderly Patients Discharged from Acute Care Hospitals. *J Nutr Health Aging*. 2016; 20(6):665-70
 26. Brozek W, Reichardt B, Zwerina J et al.. Use of proton pump inhibitors and mortality after hip fracture in a nationwide study. *Osteoporosis International*. 2017, 1-9.
 27. Savarino V, Dulbecco P, de Bortoli N et al. The appropriate use of proton pump inhibitors (PPIs): Need for a reappraisal. *European Journal of Internal Medicine*. 2016
 28. Picardi A, Vespasiani-Gentilucci U. Proton pump inhibitor prescription abuse and sepsis in cirrhosis. *World journal of gastrointestinal pharmacology and therapeutics*. 2016, 7(1), 1.
 29. Bez, C., Perrottet, N., Zingg, T., Leung Ki, E. L., Demartines, N., & Pannatier, A. (2013). Stress ulcer prophylaxis in non-critically ill patients: a prospective evaluation of current practice in a general surgery department. *Journal of evaluation in clinical practice*, 19(2), 374-378.
 30. Martín-Echevarría, E., Pereira, J. A., Torralba, M., Arriola, P. G., Martín, D. P., Mateos, J., & Rodríguez, Z. M. (2008). Assessing the use of proton pump inhibitors in an internal medicine department. *Revista española de enfermedades digestivas: organo oficial de la Sociedad Española de Patología Digestiva*, 100(2), 76-81.
 31. Allen ME, Kopp BJ, Erstad BL. Stress ulcer prophylaxis in the postoperative period. *Am J Health Syst Pharm* 2004; 61: 588-96
 32. Den Elzen, W. P. J., Groeneveld, Y., De Ruijter, W., Souverijn, J. H. M., Le Cessie, S., Assendelft, W. J. J., & Gussekloo, J. (2008). Long-term use of

- proton pump inhibitors and vitamin B12 status in elderly individuals. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 27(6), 491-497.
33. Juurlink, D. N., Gomes, T., Ko, D. T., Szmitko, P. E., Austin, P. C., Tu, J. V., ... & Mamdani, M. M. (2009). A population-based study of the drug interaction between proton pump inhibitors and clopidogrel. *Canadian Medical Association Journal*, 180(7), 713-718.
 34. Yang, Y. X., Lewis, J. D., Epstein, S., & Metz, D. C. (2006). Long-term proton pump inhibitor therapy and risk of hip fracture. *Jama*, 296(24), 2947-2953.
 35. Gomm, W., von Holt, K., Thomé, F., Broich, K., Maier, W., Fink, A., ... & Haenisch, B. (2016). Association of proton pump inhibitors with risk of dementia: a pharmacoepidemiological claims data analysis. *JAMA neurology*, 73(4), 410-416.
 36. Vestergaard P, Rejnmark L, Mosekilde L. Proton pump inhibitors, histamine H2 receptor antagonists, and other antacid medications and the risk of fracture. *Calcif Tissue Int* 2006;79:76–83
 37. NauntonM, PetersonGM, BleaselMD. Overuse of proton pump inhibitors. *J Clin Pharm Ther* 2000;25:333-40.
 38. WalkerNM, McDonald J. An evaluation of the use of proton pump inhibitors. *Pharm WorldSci* 2001;23:116-7.
 39. Batuwitige, B. T., Kingham, J. G., Morgan, N. E., & Bartlett, R. L. (2007). Inappropriate prescribing of proton pump inhibitors in primary care. *Postgraduate medical journal*, 83(975), 66-68.
 40. Chia, C. T. W., Lim, W. P., & Vu, C. K. F. (2014). Inappropriate use of proton pump inhibitors in a local setting. *Singapore medical journal*, 55(7), 363.
 41. Bustamante Robles KY1, Ticse Aguirre R, Cánepa Rondo IF, et al. Frequency of proton pump inhibitor prescription based in clinical practice guidelines in hospitalized patients in two academic hospitals in Lima, Peru. *Rev Gastroenterol Peru*. 2012;32:44–9
 42. Holt S, Howden CW. Omeprazole. Overview and opinion. *Dig Dis Sci* 1991;36:385Y393.
 43. Leontiadis GI, Sharma VK, Howden CW. Proton pump inhibitor therapy for peptic ulcer bleeding: Cochrane collaboration meta-analysis of randomized controlled trials. *Mayo Clin Proc* 2007;82:286Y296
 44. Ramakrishnan K, Salinas RC. Peptic ulcer disease. *Am Fam Phys* 2007;76: 1005Y1012.

45. Corleto, V. D., Festa, S., Di Giulio, E., & Annibale, B. (2014). Proton pump inhibitor therapy and potential long-term harm. *Current opinion in endocrinology, diabetes and obesity*, 21(1), 3-8.
46. Ito T, Jensen RT. Association of long-term proton pump inhibitor therapy with bone fractures and effects on absorption of calcium, vitamin B12, iron, and magnesium. *Curr Gastroenterol Rep* 2010; 12:448–457
47. Hess MW, Hoenderop JG, Bindels RJ, Drenth JP. Systematic review: hypomagnesaemia induced by proton pump inhibition. *Aliment Pharmacol Ther* 2012; 36:405–413.
48. Eslami L, Nasser-Moghaddam S. Meta-analyses: does long-term PPI use increase the risk of gastric premalignant lesions? *Arch Iran Med* 2013; 16:449–458.
49. Bramble MG, Suvakovic Z, Hungin AP. Detection of upper gastrointestinal cancer in patients taking antisecretory therapy prior to gastroscopy. *Gut* 2000; 46:464–467
50. Cuscheri A, Fayers P, Fielding J, et al. Postoperative morbidity and mortality after D1 and D2 resections for gastric cancer: preliminary results of the MRC randomised controlled surgical trial. *Lancet* 1996; 347:995–999.
51. Chubineh, S., & Birk, J. (2012). Proton pump inhibitors: the good, the bad, and the unwanted. *South Med J*, 105(11), 613-618.
52. Yen, H. H., Yang, C. W., Su, W. W., Soon, M. S., Wu, S. S., & Lin, H. J. (2012). Oral versus intravenous proton pump inhibitors in preventing re-bleeding for patients with peptic ulcer bleeding after successful endoscopic therapy. *BMC gastroenterology*, 12(1), 66.
53. Tsoi, K. K. F., Hirai, H. W., & Sung, J. J. Y. (2013). Meta-analysis: comparison of oral vs. intravenous proton pump inhibitors in patients with peptic ulcer bleeding. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 38(7), 721-728.
54. Haastrup, P., Paulsen, M. S., Zwisler, J. E., Begtrup, L. M., Hansen, J. M., Rasmussen, S., & Jarbøl, D. E. (2014). Rapidly increasing prescribing of proton pump inhibitors in primary care despite interventions: a nationwide observational study. *The European journal of general practice*, 20(4), 290-293.
55. Baigent, C., Bhala, N., Emberson, J., Merhi, A., Abramson, S., Arber, N., ... & FitzGerald, G. A. (2013). Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs. *The Lancet*, 382(9894), 769-779.

56. Sostres, C., Gargallo, C. J., & Lanás, A. (2013). Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and upper and lower gastrointestinal mucosal damage. *Arthritis research & therapy*, 15(3), S3.
57. Giuliano, C., Wilhelm, S. M., & Kale-Pradhan, P. B. (2012). Are proton pump inhibitors associated with the development of community-acquired pneumonia? A meta-analysis. *Expert review of clinical pharmacology*, 5(3), 337-344.
58. Jena, A. B., Sun, E., & Goldman, D. P. (2013). Confounding in the association of proton pump inhibitor use with risk of community-acquired pneumonia. *Journal of general internal medicine*, 28(2), 223-230.
59. O'leary, J. G., Reddy, K. R., Wong, F., Kamath, P. S., Patton, H. M., Biggins, S. W., ... & Thacker, L. R. (2015). Long-term use of antibiotics and proton pump inhibitors predict development of infections in patients with cirrhosis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 13(4), 753-759.
60. Hess, M. W., Hoenderop, J. G. J., Bindels, R. J. M., & Drenth, J. P. H. (2012). Systematic review: hypomagnesaemia induced by proton pump inhibition. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 36(5), 405-413.
61. Higashi, T., Shekelle, P. G., Solomon, D. H., Knight, E. L., Roth, C., Chang, J. T., ... & Reuben, D. B. (2004). The quality of pharmacologic care for vulnerable older patients. *Annals of Internal Medicine*, 140(9), 714-720.



ANEXO I PROYECTO DE TESIS

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



“UTILIZACIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE
PROTONES EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
INTERNADOS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA
2013-2016”

Autor:

Víctor Hugo Delgado Eduardo

Proyecto de Tesis para obtener el Título
Profesional de Médico Cirujano

Asesor de Tesis: Miriam Tecsi Llerena

Arequipa- Perú

2017

67

I. PREÁMBULO

Los Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP) son actualmente ampliamente prescritos para suprimir la secreción de ácido gástrico en trastornos gastrointestinales, incluyendo la enfermedad de reflujo gastroesofágico (ERGE), enfermedad de úlcera péptica y hemorragia digestiva alta. En los últimos años, es notorio un aumento significativo en las recetas y prescripciones de los IBP en especial del omeprazol, utilizado con elevada frecuencia en poblaciones de adultos mayores, por lo que estos medicamentos se han convertido en uno de los fármacos más recetados en todo el mundo. Durante los últimos años se han incrementado los estudios respecto a los efectos adversos de estos medicamentos, los cuales expresaron su preocupación por los riesgos potenciales asociados con el uso prolongado y potencialmente no juiciosa o irracional de los IBP, incluida la mortalidad, disminución de la actividad funcional, infecciones por *Clostridium difficile*, fracturas, eventos cardiovasculares, entre otros. Además, dado que los IBP son metabolizados principalmente por el sistema del citocromo P450 del hígado, las interacciones con otros fármacos también representan una preocupación relevante.

Los IBP, se prescriben a menudo sin una indicación clara, contribuyendo así al aumento de la lista de los medicamentos indicados de forma inapropiada. Sin embargo, sólo unos pocos estudios han investigado los correlatos clínicos de la prescripción inadecuada de los IBP en la población. Es necesario un mejor conocimiento relacionado a la utilización adicional de IBP, siendo de suma importancia para determinar las estrategias eficaces destinadas a mejorar la calidad de la prescripción. Por lo que, el objetivo del presente proyecto de tesis busca suplir la falta de investigación científica en esa área en un hospital local de la ciudad de Arequipa.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de Investigación

1.1. Enunciado del trabajo o problema

“Utilización de inhibidores de la bomba de protones en pacientes adultos mayores internados en el Hospital Goyeneche, Arequipa 2013-2016”

1.2. Descripción del problema

1.2.1. Área del conocimiento:

- a. General: Ciencias de la Salud
- b. Específica: Medicina Humana
- c. Especialidad: Gastroenterología
- d. Línea: Uso de Inhibidores de la Bomba de Protones

1.3. Análisis y operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADOR	VALOR	ESCALA DE MEDIDA
Edad	Años según H.C.	<ul style="list-style-type: none"> • 60 - 70 años • 71 - 80 años • > 80 años 	Numérica De Razón
Sexo	Según H.C.	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Categórica Nominal
Tratamiento gastrolesivo previo	Según H.C.	<ul style="list-style-type: none"> • AINEs • Corticoides • Antiagregantes • Anticoagulantes • ISRS • Sin tratamiento 	Categórica Nominal

Servicio	Según H.C.	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía • Medicina • Ginecología 	Categórica Nominal
Indicaciones de uso de inhibidores de la bomba de protones	Según H.C.	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad por reflujo gastroesofágico • Dispepsia • Hemorragia digestiva alta • Tratamiento de ulcera gástrica y duodenal • Tratamiento erradicador de <i>H. pylori</i> • Tratamiento de Gastritis • Síndrome de Zollinger Ellinson • Profilaxis de la úlcera de estrés en pacientes de alto riesgo • Profiláxis de gastropatías secundarias a fármacos gastrolesivos • Otros 	Categórica Nominal
Indicación inadecuada de uso de inhibidores de bomba de	Según H.C.	<ul style="list-style-type: none"> • Profilaxis de úlceras de estrés en pacientes de bajo riesgo. • Polifarmacia con 	Categórica Nominal

protones		fármacos no gastrolesivos <ul style="list-style-type: none"> • Otros 	
Duración del tratamiento del inhibidor de bomba de protones	Según H.C.	<ul style="list-style-type: none"> • Número de días 	Numérica De Razón
Dosis del inhibidor de bomba de protones	Según H.C.	<ul style="list-style-type: none"> • Miligramos 	Numérica De Razón
Vía de administración del inhibidor de bomba e protones	Según H.C.	<ul style="list-style-type: none"> • Vía oral • Vía parenteral 	Categórica Nominal
Patología Concomitante	Según H.C.	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión Arterial • Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica • Diabetes Mellitus II • Cirugía • Ictus • Otras 	Categórica Nominal

1.4. Interrogantes básicas:

- 1) ¿Cuál es la indicación de uso de inhibidores de la bomba de protones en pacientes adultos mayores internados en el Hospital Goyeneche, Arequipa 2013 - 2016?

- 2) ¿Cuál es el tratamiento gastrolesivo previo en pacientes adultos mayores que usan IBP internados en el Hospital Goyeneche, Arequipa 2013- 2016?
- 3) ¿Cuál es el porcentaje de uso IBP sin indicación adecuada en pacientes adultos mayores internados en el Hospital Goyeneche, Arequipa 2013- 2016?
- 4) ¿Cuál es el tiempo de duración, dosis y vía de administración del tratamiento en base a IBP en pacientes en pacientes adultos mayores internados en el Hospital Goyeneche, Arequipa 2013 - 2016?
- 5) ¿Cuáles son las patologías concomitantes más frecuentes en pacientes adultos mayores que usan IBP internados en el Hospital Goyeneche. Arequipa 2013-2016?

1.5. Tipo de Investigación:

Retrospectivo, observacional de corte transversal

1.6. Nivel de la Investigación:

Descriptivo

1.7. Justificación del Problema

Relevancia Contemporánea: No únicamente a nivel local, sino a nivel mundial podemos ser testigos del uso indiscriminado de Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP), la realización de estudios en todo el mundo se encuentran en aumento y nuestra ciudad y país no deben estar ajenos a tal realidad; esto debido a que se viene demostrando que el uso inadecuado de los IBP puede traer consecuencias secundarias perjudiciales para las personas, y aún mayor si se trata de adultos mayores. Por ello es que urgen investigaciones que primeramente determinen la frecuencia de indicaciones inadecuadas, y posteriormente determinar los motivos de las mismas.

Relevancia Social: La repercusión de este estudio a nivel social se da en beneficio de los mismos pacientes, ya que al conocer la proporción de indicaciones inadecuadas, así como los motivos del mismo se prestará mayor atención al momento de realizarles sus recetas. Además se está considerando un grupo con alta vulnerabilidad, como son los pacientes que se encuentran hospitalizados y pertenecen al rango etéreo de adultos mayores.

Relevancia Académica y Científica: En realizar una investigación de este tipo aporta conocimiento sobre la realidad local que presentamos en relación a la prescripción de IBP, la misma que da pie a que se realicen futuras investigación profundizando aún más en el tema o incluso abarcando un grupo poblacional de mayor magnitud. En cuanto a lo académico, se tendrán datos reales de un hospital de la ciudad,

los cuales pueden ser retroalimentados en las aulas cuando se toque el tema de las indicaciones de los IBP.

Factibilidad: El estudio es factible puesto que los gastos generados no van a ser de gran magnitud y pueden ser cubiertos por el tesista, así como existe el acceso a los pacientes que van a ser estudiados.

Originalidad: No se ha realizado algún trabajo de tal similitud en el Hospital de estudio, por lo que es el primero de su tipo manteniendo la originalidad.

2. Marco Conceptual

2.1. Anatomía funcional del estómago

El estómago consta de tres partes anatómicas (fondo, cuerpo y antro) y dos áreas funcionales (glándulas oxínticas y pilóricas).

El área oxíntica comprende aproximadamente el 80% del estómago y contiene células parietales que producen ácido gástrico. También están presentes en las glándulas oxínticas las células neuroendocrinas que producen agentes paracrinos y hormonales que modifican la actividad de las células parietales.

El antro del estómago contiene glándulas pilóricas y su característica principal es la presencia de células G secretoras de gastrina. Las células D secretoras de somatostatina están presentes en las glándulas pilóricas y oxínticas, y modulan la liberación de gastrina. (1)

Fases de la secreción ácida: La estimulación fisiológica de la secreción ácida se ha dividido clásicamente en tres fases interrelacionadas: cefálica, gástrica e intestinal. (2)

- La fase cefálica se activa por el pensamiento, el gusto, el olfato y la vista de los alimentos, y la deglución. Está mediado principalmente por mecanismos colinérgicos / vagales. (2)
- La fase gástrica se debe a los efectos químicos de los alimentos y a la distensión del estómago. La gastrina parece ser el principal mediador, ya que la respuesta a los alimentos se inhibe en gran medida al bloquear la acción de la gastrina en sus receptores. (2)
- La fase intestinal representa sólo una pequeña proporción de la respuesta secretora ácida a una comida; Sus mediadores siguen siendo polémicos. (2)

2.2. Fisiología de la Secreción Gástrica

El estómago humano normal contiene aproximadamente mil millones de células parietales que segregan 0,16 M de ácido clorhídrico (HCl) en el lumen gástrico en respuesta a tres estímulos fisiológicos principales: acetilcolina, histamina y gastrina. (3)

- La acetilcolina es el principal transmisor neurocrino, que es liberado por las neuronas vagales posganglionares y parece

estimular la generación de iones de hidrógeno directamente a través de un receptor muscarínico M3 de células parietales. (3)

- La histamina es el principal transmisor parácrino que se une a receptores específicos de H2 en la membrana basolateral de la célula parietal, mientras que la gastrina, secretada a partir de las células G antrales, comprende la vía endocrina primaria. (3)

- La gastrina estimula la generación de iones de hidrógeno, tanto directa como indirectamente, estimulando la secreción de histamina a partir de células enterocromafines en las proximidades de las células parietales. (3)

Aunque las interacciones entre estas tres vías están coordinadas para promover o inhibir la generación de iones de hidrógeno, la histamina parece representar la ruta dominante, ya que la gastrina estimula la secreción ácida principalmente promoviendo la liberación de histamina a partir de células enterocromafines. Debido a la dominancia de esta vía, el bloqueo de los receptores H2 se convirtió en el medio principal por el cual la secreción ácida se inhibió a mediados de los años setenta. (3)

Durante el estado no estimulado (basal), un gran porcentaje del volumen celular parietal está ocupado por vesículas tubulares, que son tubos alargados con membranas de superficie lisas, y por el canalículo secretor, una pequeña área invaginada de la membrana apical. Tras la estimulación de la comida, estas vesículas tubulares disminuyen en número y se transforman en

microvellosidades alrededor del canalículo secretor, lo que sirve para expandir enormemente el área superficial de la célula parietal en preparación para el transporte activo de grandes cantidades de iones hidrógeno frente a un gradiente iónico de 3.000.000:1. Los iones de hidrógeno se secretan activamente a cambio de iones de potasio por medio de una H-K-ATPasa, la llamada bomba de protones situada en la superficie apical de la célula parietal. La H-K-ATPasa comprende la vía final por la que se secreta HCl en el lumen gástrico, donde sirve tanto para hidrolizar la proteína dietética como para mantener un entorno estéril. (3)

Estructura de la H-K-ATPasa de la célula parietal: La H-K-ATPasa de la célula parietal es un miembro de la familia de enzimas de transporte de ión-motriz que incluye las ATPasas F1, V y P. El último se divide además en tipos P1 o P2 basados en el transporte de metales de transición (P1) o pequeños cationes (P2) o alternativamente en el número de segmentos transmembrana. La familia P2 posee una subunidad catalítica con 10 segmentos transmembrana y una subunidad beta con un segmento transmembrana, y existe como dos formas principales: H-K-ATPasa y Na-K-ATPasa. Estas isoformas están estrechamente unidas a una subunidad beta que es más pequeña que la subunidad alfa catalítica y se glicosilan en un grado diferente dependiendo de la isoforma. (4)

2.3. Inhibidores de la Bomba H⁺/K⁺-ATPasa de Protones

Este grupo de compuestos está formado por fármacos que poseen un núcleo estructural común, el 2-piridilmetilsulfonilbencimidazol, con diferentes grupos sustituyentes. (Figura 1) Todos ellos comparten un mismo mecanismo de acción y muchas propiedades farmacocinéticas y farmacodinámicas. (5).

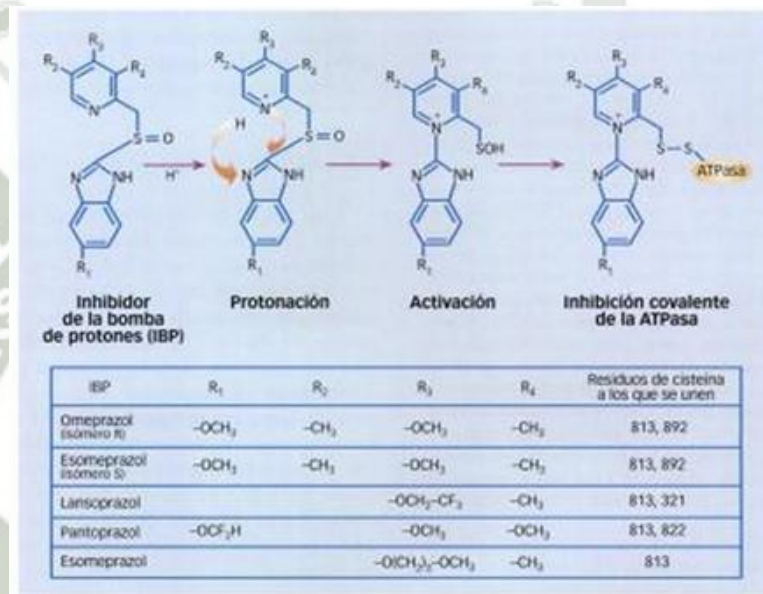


Fig 1. Estructura Química de los Inhibidores de la bomba de protones (Fuente: Velásquez: Farmacología Básica y Clínica)

Son los supresores más potentes de la secreción gástrica. A las dosis típicas, estos fármacos disminuyen la producción diaria de ácido (basal y estimulado) 80 a 95%. Se dispone de cinco inhibidores de la bomba de protones para su uso clínico: omeprazol, esomeprazol, lansoprazol, rabeprazol y pantoprazol. (6)

2.3.1. Farmacodinamia

El mecanismo de acción de los IBP consiste en la inactivación irreversible de la H⁺K⁺-ATPasa de adenosina (ATPasa) gástrica, enzima encargada de la producción de ácido clorhídrico. Los IBP son bases débiles (pKa 5.4) y son permeables a la membrana plasmática en su forma no ionizada (no protonada) y relativamente impermeable en la forma ionizada (protonada). Por consiguiente, tienden a acumularse en medios ácidos con un pH < 4. Debe recordarse que el pKa de una molécula, evidencia la capacidad de los compuestos de aceptar o donar un protón; cuando una molécula se encuentra en un ambiente con un pH igual a su pKa, el 50% de ellas están ionizadas y el otro 50% está no ionizado. En la sangre (pH: 7.4), los IPBs estarán mayoritariamente en su forma no ionizada, esto facilita su pasaje y distribución en el organismo. (7)

Por el contrario, cuando ingresan a canalículo secretor de la célula parietal (pH < 1) el 99.9% de los IBP se ionizan, en este estado se tornan impermeables a la membrana celular, por lo tanto, no pueden salir y quedan atrapados en dicho lugar. (7)

Los IBPs en un ambiente ácido, se comportan como un profarmaco, es decir, se activan bajo la forma de una sulfenamida o ácido sulfónico, que a su vez se une a la bomba de protones mediante un enlace covalente de

disulfuro en los residuos de cisteína en la zona luminal expuesta de la bomba de protones, más específicamente, en la subunidad alfa de esta enzima, inactivándola. Todos los IBPs se unen a la cisteína 813 de la subunidad alfa de la bomba de protones, adicionalmente omeprazol, lanzoprazol y pantoprazol también se unen a la cisteína 892, 321 y 822, respectivamente.(7)

2.3.2. Farmacocinética

La unión covalente e irreversible de los IBP a la H,K-ATPasa gástrica hace que la duración de la acción (inhibición de la secreción ácida gástrica), sea de 48 horas; debe tenerse en cuenta que la vida media de los IBP es en promedio aproximadamente 60 minutos (excepto tenatoprazole 9h). (7)

Durante su vida media relativamente corta los IBP pueden inhibir hasta un 70% de bomba de protones gástrico. Se tarda de 2 a 3 días en llegar a un estado estable, es decir, una inhibición de la secreción ácida gástrica. Para explicar toda la farmacocinética de los IBP, es necesario tomar en cuenta la vida media de la bomba de protones gástrico, porque con ello se determinará su tasa de recambio, por consiguiente, la duración del efecto de los IBP administrado. El tiempo

de vida media de la bomba de protones en ratas es de 54h (probablemente sea igual en humanos). En un periodo de 24 horas, un 20% de nuevas bombas de protones es sintetizado, esto no es uniforme durante dicho periodo, es mayor durante la noche comparada con el día. Debe anotarse que la administración de IBP antes de dormir no redundará en la inhibición de la recidiva nocturna de la acidez, este último se define como una caída en el pH gástrico por debajo de 4 durante al menos una hora entre las 10:00 pm y las 6:00 am.; porque lo más probable es que el fármaco habrá desaparecido cuando esto ocurra (debido a su corta vida media). Administrando un IBP una vez al día, 30 a 60 minutos antes del desayuno (cuando cerca del 70% de las bombas de protones están activas) se logra inhibir cerca del 66% de la producción de ácido máxima, cuando se llega a un estado estable de inhibición. (7)

Para tratar mejorar la inhibición de producción acida máxima, se puede optar por dos estrategias, el incremento de la frecuencia de administración (antes del desayuno y la cena) puede aumentar la inhibición de la producción acida máxima hasta 80%; el aumentar la dosis única diaria, tiene poco efecto por encima de la dosis óptima. (7)

La correlación entre la concentración plasmática máxima de los IBP (C_{max}) y el grado de supresión acida no es muy buena; sin embargo, existe una buena correlación entre el área bajo la curva de tiempo-concentración plasmática (AUC). (7)

Todos los IBP tienen un rápido metabolismo hepático (excepto tenatoprazole). El factor principal que determina la magnitud del metabolismo hepático de cada uno de los IBP depende básicamente del fenotipo metabolizador del individuo. Se han identificado 3 tipos de principales de fenotipos: metabolizadores rápidos (homEM), lentos (PM) e individuos portadores de un tipo salvaje y un alelo mutante (hetEM). Los Metabolizadores lentos representan aproximadamente el 3% de los caucásicos y el 15% a 20% de los asiáticos. Este tópico ha recobrado importancia recientemente debido a la interacción farmacológica adversa entre IBPs y clopidogrel. Los pacientes con trastorno hepático muestran un incremento de hasta 7 veces en el área bajo la curva de los IBP e incremento en vida media. (7)

Los IBPs deben administrarse 1 hora antes de desayuno o cena, porque en esos momentos un gran porcentaje de las bombas de protones están insertadas en la membrana (forma activa); si se requiere una

inhibición adicional puede administrarse antes de la cena. (7)

2.3.3. Indicaciones de los IBP

2.3.3.1. Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE)

Los Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP) son más eficaces que los antihistamínicos H₂ en el tratamiento de la ERGE. (8)

Actualmente se considera que los diferentes IBP tienen una eficacia y seguridad similar entre sí, siempre que se comparen a dosis equivalentes. (8)

En los pacientes con ERGE no investigada, ERGE no erosiva o ERGE erosiva leve o moderada el tratamiento de elección es omeprazol a dosis de 20 mg al día durante 4 a 8 semanas. El tratamiento de mantenimiento se recomienda en aquellos pacientes en los que tras el ensayo de retirada reaparecen los síntomas. (8)

En caso de ERGE erosiva grave el tratamiento recomendado es omeprazol a dosis de 40 mg al día (repartido en 2 tomas) durante 8 semanas. El tratamiento de mantenimiento se realiza de manera continua con omeprazol 10-20mg al día (dosis mínima eficaz). (8)

En pacientes con asma, tos crónica o síntomas laríngeos no se recomienda el uso de IBP para mejorar estos síntomas. La recomendación de tratamiento con IBP se hará en función de los síntomas esofágicos de ERGE a las dosis recomendadas para esta patología. (8)

2.3.3.2. Dispepsia funcional y dispepsia no investigada

La dispepsia funcional incluye aquellas patologías que presentan síntomas gastrointestinales en ausencia de enfermedad orgánica, sistémica o metabólica capaz de explicar los síntomas. Su tratamiento es complejo, debe investigarse inicialmente la existencia de factores psicosociales, hábitos desaconsejables o empleo de fármacos que puedan contribuir a los síntomas. (8)

Omeprazol a dosis de 20 mg/día presenta mayor eficacia que placebo, aunque únicamente en pacientes con dispepsia funcional con síntomas predominantes de úlcera o reflujo, por lo que se considera necesario el tratamiento. (8)

El manejo de un paciente con dispepsia no investigada depende de la edad del paciente y de la existencia o no de síntomas de alarma, los cuales son: (8)

- Si la edad es superior a 55 años o existe sintomatología gástrica, realizar una endoscopia. (8)
- Si la edad es inferior a 55 años o no existen síntomas de alarma, inicial tratamiento con omeprazol 20 mg/día durante 4-8 semanas. (8)

Si no responde adecuadamente, realizar un test de detección de *Helicobacter pylori* y tratar con triple terapia (OCA) durante 7 días o bien realizar una endoscopia digestiva alta. (8)

2.3.3.3. Prevención de úlceras de estrés en pacientes hospitalizados

No se recomienda el empleo sistemático de profilaxis con IBP en pacientes hospitalizados. La profilaxis debe reservarse para los siguientes grupos de pacientes: (8)

- Pacientes con ventilación mecánica de más de 48 horas, coagulopatías, lesión cerebral traumática o quemaduras extensas.
- Pacientes hospitalizados en UCI con politraumatismo, sepsis o insuficiencia renal aguda.
- Pacientes hospitalizados en UCI con un índice de severidad de trauma > 15 o aquellos en tratamiento con dosis altas de corticoides (>250 mg/día hidrocortisona o equivalentes) (8)

En cualquier caso, debe revisarse la indicación de IBP al alta hospitalaria. (8)

2.3.3.4. Hemorragia Digestiva Alta Secundaria a Úlcera Péptica

Los pacientes ingresados en el hospital con hemorragia digestiva alta aguda son típicamente tratados con un inhibidor de la bomba de protones (IBP). Sugerimos que los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda (HDA) comiencen empíricamente con un IBP intravenoso. Puede iniciarse en la presentación y continuar hasta la confirmación de la causa del sangrado. Una vez que la fuente de la hemorragia ha sido identificada y tratada (si es posible), la necesidad de la supresión de ácido en curso se puede determinar. (9)

Varios estudios han examinado el papel de la supresión de ácido dado antes o después de la endoscopia (con o sin intervención terapéutica). En el contexto de la hemorragia gastrointestinal activa superior de una úlcera, la terapia supresora de ácido con antagonistas del receptor H₂ no se ha demostrado que reduce significativamente la tasa de recidivas ulcerosa. Por el contrario, la terapia antisecretora de dosis altas con una infusión intravenosa de un IBP

reduce significativamente la tasa de resangrado comparado con el tratamiento estándar en pacientes con úlceras hemorrágicas. El tratamiento con IBP por vía oral e intravenosa también disminuye la duración de la estancia hospitalaria, la tasa de resangrado y la necesidad de transfusión de sangre en pacientes con úlceras de alto riesgo tratadas con terapia endoscópica. (10)

Los IBP también pueden promover la hemostasia en pacientes con lesiones distintas de las úlceras. Esto ocurre probablemente porque la neutralización del ácido gástrico conduce a la estabilización de los coágulos de sangre. (11)

Respecto al uso de los inhibidores de la bomba de protones (IBP) vía endovenosa (omeprazol, pantoprazol, esomeprazol). Su administración endovenosa antes de la gastroscopia disminuye el sangrado activo, la necesidad de tratamiento endoscópico y la estancia media del paciente. Su administración no debe retrasar la gastroscopia. Es especialmente importante administrar el IBP endovenoso si se prevé que la endoscopia no se realizará de manera inmediata. La dosis inicial no está clara, dada la falta de estudios aleatorizados. La dosis

recomendada es un bolo de 80 mg de IBP endovenoso. La administración de un bolo de 80 mg IBP endovenoso debe seguirse de perfusión de 8 mg/h disuelto en suero fisiológico (precipita en suero glucosado). Debe cambiarse la perfusión cada 12 horas debido a la baja estabilidad de la molécula en solución. El único estudio aleatorizado utilizó esomeprazol, por lo que se desconoce si otros IBP serán igualmente eficaces. (12)

El manejo de elección tras la endoscopia son los IBP. Los pacientes con estigmas endoscópicos de alto riesgo (Forrest Ia, Ib, IIa y IIb), tras la terapia endoscópica, deben recibir, si no ha recibido previamente, un bolo de 80 mg de IBP – preferiblemente esomeprazol– seguido de infusión endovenosa continua durante 72 horas. Se mantendrán 24 horas en ayunas antes de reiniciar la dieta. Pasadas las 72 horas se puede dar el alta con un IBP cada 24 horas vía oral. Se derivarán a consultas externas de digestivo para evaluar la infección por H. pylori y realizar tratamiento si es necesario. Los pacientes con estigmas endoscópicos de bajo riesgo (Forrest III y IIc), pueden reiniciar dieta de forma inmediata), recibirán IBP/24 vía oral y se puede considerar el alta precoz desde urgencias

teniendo en cuenta el estado general, comorbilidad y la situación personal del paciente. Se derivaran a consultas externas de digestivo, para evaluar la infección por H. pylori y realizar tratamiento si es necesario. (12)

2.3.3.5. Úlcera péptica

Tratamiento de la úlcera péptica asociada a Helicobacter pylori

Actualmente está extensamente demostrado que con el tratamiento erradicador de la infección por Helicobacter pylori en un paciente con úlcera péptica (duodenal o gástrica) se logra en la mayoría de los pacientes la desaparición de la sintomatología, la cicatrización ulcerosa, una práctica desaparición de las recidivas ulcerosas y una drástica reducción de las complicaciones ulcerosas. Por tanto el tratamiento de una úlcera gástrica o duodenal, asociada a esta infección debe ser siempre la erradicación de la bacteria con las pautas recomendadas a continuación. (13)

Terapia inicial:

IBP (20 mg de omeprazol, 30 mg de lansoprazol, 40 mg de pantoprazol, 20 mg de rabeprazol, 40 mg de esomeprazol) cada 12 horas + amoxicilina 1 g cada 12

horas + claritromicina 500 mg cada 12 horas, todo ello durante 7 días. En caso de alergia a penicilina se puede sustituir la amoxicilina por el metronidazol (500 mg cada 12 horas) (13)

Terapia de rescate (en caso de que falle la anterior):
Omeprazol 20 mg cada 12 horas + tetraciclina 500 mg cada 6 horas + bismuto 120 mg cada 6 horas + metronidazol 250 mg cada 8 horas. Todo ello también durante 7 días. (13)

En una úlcera duodenal no complicada no es necesario extender el tratamiento antisecretor más allá de los 7 días que suelen durar estas pautas. En el caso de una úlcera gástrica, aunque no existe evidencia científica al respecto, parece recomendable prolongar el tratamiento antisecretor durante 2 meses y comprobar la cicatrización mediante endoscopia para descartar la existencia de un cáncer gástrico. En el caso de una úlcera que haya sufrido complicaciones, se debe mantener el tratamiento erradicador desde el período que finaliza la pauta erradicadora, hasta el momento en el que se realiza la comprobación de la erradicación (habitualmente tras 6-8 semanas de la finalización). Esta comprobación de la efectividad del

tratamiento se puede hacer mediante un test de aliento. (13)

Tratamiento de la úlcera asociada al consumo de AINE

La primera medida debe ser la supresión del AINE. Si es posible recomendar suprimir el AINE, dado que la eficacia del tratamiento antiulceroso “clásico” se sitúa en torno al 100%. Si para mantener una adecuada calidad de vida del paciente es necesario mantener el AINE, el tratamiento más adecuado consiste en IBP a dosis convencionales durante un período de 12 semanas, debido al mayor tiempo que requiere la úlcera para cicatrizar en esas circunstancias. (13)

Tratamiento de la úlcera péptica no asociada a Helicobacter pylori ni AINE

La úlceras no asociadas a Helicobacter pylori ni al consumo de AINE van a suponer menos del 10% de las úlceras gástricas y menos del 5% de las duodenales. Tras excluir otras causas como cáncer gástrico, enfermedad de Crohn, o situaciones de hipersecreción, se tipificará la úlcera como idiopática y se podrá instaurar un tratamiento antisecretor convencional. Tratamiento antisecretor convencional Los fármacos a usar son los antagonistas-H2 o los

IBP. El tratamiento con estos fármacos no evita la recidiva ulcerosa, por lo que es necesario instaurar tras el tratamiento de la fase aguda un tratamiento de mantenimiento. Las dosis recomendadas son las “estándar para cada fármaco”, es decir: Omeprazol: 20 mg/24 h, Lansoprazol: 30 mg/24 h, Pantoprazol: 40 mgr/24 h, Rabeprazol: 20 mg/24 h, Esomeprazol: 40 mg/24 h. (13)

La duración del tratamiento será de 4-6 semanas en el caso de las úlceras duodenales y de 6-8 semanas en el caso de las úlceras gástricas. Tratamiento de mantenimiento a diferencia de lo que ocurre cuando se realiza un tratamiento erradicador cuando se realiza un tratamiento convencional “clásico” antisecretor, el riesgo de recidiva ulcerosa es importante (aproximadamente del 80% al cabo de un año tras finalizar el tratamiento). Por ello se recomienda instaurar un tratamiento antisecretor de mantenimiento en enfermos de alto riesgo de recidiva ulcerosa en los que no se logra erradicar *Helicobacter pylori* o éste es negativo. (13)

2.3.3.6. Profilaxis de la úlcera duodenal y/o gástrica inducida por el tratamiento de fármacos gastrolesivos

En Un Paciente Menor De 60 Años En Tratamiento Agudo Con AINE, ¿Tengo Que Prescribir Un IBP Para Reducir El Riesgo De HDA?

En pacientes menores de 60 años, que no presentan síntomas de patología digestiva, y sin factores de riesgo de úlcera péptica ni HDA, que se pauten tratamiento con AINE de forma aguda, se recomienda no asociar IBP, también se propone utilizar IBP en pacientes menores de 60 años con alto riesgo de HDA en tratamiento con AINE de forma aguda. (14)

En Un Paciente Menor De 60 Años En Tratamiento Crónico Con AINE, ¿Tengo Que Prescribir Un IBP Para Reducir El Riesgo De HDA?

En pacientes menores de 60 años, sin síntomas de patología digestiva y sin factores de riesgo de úlcera péptica ni HDA, que tengan prescrito tratamiento con AINE de forma crónica, se recomienda no indicar IBP. Se propone usar IBP en pacientes menores de 60 años, con factores de riesgo de HDA, en tratamiento con AINE de forma crónica. (14)

En Un Paciente Mayor De 60 Años En Tratamiento Agudo Con AINE, ¿Tengo Que Prescribir Un IBP Para Reducir El Riesgo De HDA?

En pacientes mayores de 60 años, sin síntomas de patología digestiva y sin antecedentes de úlcera péptica ni HDA, a los que se pauten AINE de forma aguda, se propone asociar IBP. En pacientes mayores de 60 años, sin síntomas de patología digestiva y sin antecedentes de úlcera péptica ni HDA, en tratamiento con Acido Acetil Salicílico (AAS) a los que se pauten inhibidores COX-2 de forma aguda concomitantemente, se recomienda asociar IBP. (14)

En los pacientes mayores de 60 años, sin síntomas de patología digestiva y sin antecedentes de úlcera péptica ni HDA, en tratamiento con anticoagulantes que se pauten inhibidores COX-2 de forma aguda concomitantemente, se sugiere asociar IBP. (14)

En Un Paciente Mayor De 60 Años En Tratamiento Crónico Con AINE, ¿Tengo Que Prescribir Un IBP Para Reducir El Riesgo De HDA?

Se recomienda indicar un IBP en pacientes mayores de 60 años a los que se pauta AINE de forma prolongada y/o a dosis altas, también se recomienda asociar un IBP en pacientes mayores de 60 años con antecedentes de HDA a los que se pauta un inhibidor COX-2 de forma crónica. Se recomienda indicar AINE

o inhibidor COX-2 en la menor dosis efectiva por un período de tiempo lo más corto posible. (14)

En Un Paciente En Tratamiento Con Analgésicos No AINE, ¿Tengo Que Prescribir Un IBP Para Reducir El Riesgo De HDA?

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

En pacientes que toman paracetamol y AINE se sugiere realizar la gastroprotección que esté recomendada por la utilización de los AINE, independientemente de la dosis de paracetamol. En pacientes que toman paracetamol e inhibidores COX-2 se sugiere realizar la gastroprotección que esté recomendada por la utilización de los inhibidores COX-2, independientemente de la dosis de paracetamol.(14)

Metamizol, pero no tramadol ni propifenazona, parece inducir un ligero incremento del riesgo de hemorragia digestiva alta. Podría sugerirse la utilización de IBP en pacientes de alto riesgo. (14)

En Un Paciente En Tratamiento Con Antiagregantes, ¿Tengo Que Prescribir Un IBP Para Reducir El Riesgo De HDA?

En pacientes menores de 60 años, sin síntomas de patología digestiva y sin antecedentes de úlcera péptica ni HDA, en tratamiento crónico con AAS o antiagregantes, se recomienda no asociar IBP. En pacientes con bajas dosis de AAS (75 mg/día) o con clopidogrel, sin otros factores de riesgo, se recomienda no asociar IBP. (14)

Las medidas generales para evitar el riesgo gastrointestinal de los antiagregantes son: (14)

o Se recomienda utilizar la dosis eficaz menor.

o Se recomienda usar gastroprotección si:

- Historia previa de úlcera o sangrado gastrointestinal.
- Tratamiento concomitante con AINE.

o Se propone usar gastroprotección si:

- Tratamiento concomitante con anticoagulantes.
- Mayores de 60 años.

o Se sugiere usar gastroprotección si:

- Tratamiento dual (AAS y clopidogrel).

o Se recomienda evitar el empleo concomitante de AINE.

o Se recomienda la erradicación de *Helicobacter pylori* en pacientes con antecedentes de sangrado gastrointestinal.(14)

En pacientes en tratamiento con clopidogrel que precisen gastroprotección, se recomienda no asociar IBP y asociar un antiH2. En pacientes en tratamiento con clopidogrel concomitante con bajas dosis de AAS, se recomienda no asociar IBP y usar un antiH2. En pacientes en tratamiento con clopidogrel que precisen IBP se propone no asociar omeprazol ni esomeprazol, y, en caso de ser inevitable, se propone usar pantoprazol. En pacientes en tratamiento con AAS que tienen historia de sangrado gastrointestinal previo se propone asociar un IBP al tratamiento con AAS en lugar de sustituirlo por clopidogrel. (14)

En Un Paciente En Tratamiento Con Anticoagulantes, ¿Tengo Que Prescribir Un IBP Para Reducir El Riesgo De HDA?

En pacientes mayores de 60 años en tratamiento con anticoagulantes se propone asociar IBP. En pacientes con antecedentes de HDA o úlcera péptica en tratamiento con anticoagulantes se propone asociar IBP. (14)

En pacientes en tratamiento concomitante con anticoagulantes y AAS crónico se sugiere asociar IBP. En pacientes en tratamiento concomitante con anticoagulantes y AINE se propone asociar IBP. En

pacientes con tratamiento anticoagulante que precisen tratamiento simultáneamente con un antiinflamatorio, se ha sugerido que los inhibidores COX- 2 no aumentan de forma significativa el riesgo de hemorragia digestiva respecto al tratamiento con un anticoagulante solo. (14)

Se sugiere monitorizar INR, y ajustar si es preciso, en pacientes en tratamiento con omeprazol y esomeprazol. Aunque el riesgo de interacción es menor, se sugiere monitorizar INR en pacientes en tratamiento con anticoagulantes que precisen tratamiento con lansoprazol, pantoprazol y rabeprazol.

(14)

En Un Paciente En Tratamiento Con Corticoides, ¿Tengo Que Prescribir Un IBP Para Reducir El Riesgo De HDA?

En pacientes de cualquier edad, en tratamiento con corticoides, si presentan factores de riesgo de HDA se recomienda asociar IBP. En pacientes mayores de 60 años en tratamiento con corticoides, si se pauta un AINE concomitantemente de forma aguda, se recomienda asociar IBP. Se sugiere pautar un IBP en lugar de otros métodos de prevención, debido a su

conveniencia y perfil de seguridad relativamente bueno. (14)

En Un Paciente En Tratamiento Con Inhibidores Selectivos de la Receptación de Serotonina (ISRS), ¿Tengo Que Prescribir Un IBP Para Reducir El Riesgo De HDA?

En pacientes menores de 60 años, que precisen ISRS, no asociados a otros fármacos gastrolesivos y sin factores de riesgo, no hay evidencias suficientes para sugerir la indicación de gastroprotección. En pacientes en tratamiento concomitante con ISRS y fármacos gastrolesivos como AINE o antiagregantes se sugiere indicar gastroprotección. (14)

En Un Pacientes Polimedicado ¿Tengo Que Prescribir Un IBP Para Reducir El Riesgo De HDA?

No hay evidencias suficientes para sugerir la indicación de gastroprotección en pacientes polimedicados sin factores de riesgo y cuyos tratamientos no se incluyan en los apartados anteriormente citados. (14)

2.3.3.7. Gastritis

Medidas terapéuticas generales

Ante la presunción clínica de gastritis y mientras se lleve a cabo la endoscopia y confirmación histológica se indican medidas terapéuticas que alivien los síntomas del paciente, prescribiéndose una dieta sin sustancias irritantes (café, tabaco, alcohol, ají) así como también drogas que contrarresten la agresión de la barrera gástrica indicando ya sea antiácidos orales, citoprotectores de la mucosa gástrica (sucralfato, bismuto, misoprostol), antagonistas de receptores H2, Inhibidores de la bomba de protones, a los que se puede añadir gastrocinéticos (metoclopramida, domperidona, cisaprida, mosaprida, cinitaprida) si existe evidencias de trastornos de motilidad gastroesofágica o gastroduodenal. (15)

Medidas de tratamiento específico

Gastritis por AINES: Los síntomas pueden mejorar con el retiro, reducción o la administración de la medicación con alimentos, en aquellos pacientes en quienes persisten los síntomas se les debe someter a endoscopia diagnóstica y estudio histológico para confirmar la etiología por AINES y en base a ello ser tratados sintomáticamente con el uso de sucralfato 1 gr. 4 veces por día, antes de los alimentos y al acostarse, misoprostol un análogo de prostaglandina

200 mg 4 veces por día y/o antagonistas de receptores H₂ (ranitidina 150 mg 2 veces por día) o inhibidores de la bomba de protones en una dosis diaria (omeprazol 20 mg, rabeprazol 20 mg, pantoprazol 40 mg o lansoprazol 30 mg, esomeprazol 40 mg). (15)

Gastritis por Estrés: Existe la profilaxis farmacológica para su prevención, con el uso endovenoso de antagonistas de receptores H₂ o inhibidores de la bomba de protones o sucralfato por vía oral, evidenciándose una franca reducción de la incidencia de sangrado digestivo hasta de un 50% (15)

2.3.3.8. Síndrome de Zollinger Ellinson

El objetivo del tratamiento médico es controlar la hipersecreción de ácido gástrico. Los inhibidores de la bomba de protones, tales como el omeprazol y otros fármacos similares, son muy efectivos en lograr la supresión de secreción ácida. La dosis habitual para lograr este objetivo es de 40 a 60 mg cada 12 horas y, en algunos casos, se pueden utilizar dosis de hasta 180 mg al día. (16)

El adecuado control de la hipersecreción gástrica de ácido se confirma mediante la medición del pH gástrico, el que debe ser mayor de 4 cuando la dosis

es adecuada, también, se puede medir la secreción de ácido clorhídrico, la cual debe ser menor de 10 mEq/hora durante la última hora antes de la siguiente dosis de inhibidores de la bomba de protones. En numerosos estudios se ha demostrado que el tratamiento prolongado con inhibidores de la bomba de protones es seguro y debe acompañarse de suplemento con ácido fólico y vitamina B12. (16)

Es importante estar consciente de que los pacientes pueden desarrollar complicaciones secundarias a la hipersecreción gástrica muy rápidamente; consecuentemente, el rol del tratamiento médico en el síndrome de Zollinger-Ellison debe ser el de prevenir las posibles complicaciones, y estabilizar y mantener al paciente con una mínima sintomatología durante el estudio y diagnóstico definitivo hasta el momento de la cirugía. (16)

2.3.4. Efectos Adversos de los IBP

La tolerancia general de los IBP es buena. Las reacciones adversas más conocidas son: (17)

- Frecuentes (1-5%): cefalea y trastornos gastrointestinales (dolor abdominal, diarrea, estreñimiento, flatulencia, náuseas). (17)

- Poco frecuentes (<1%): mareo, vértigo, exantema, edema periférico, insomnio, aumento de enzimas hepáticos. (17)

Sin embargo, como podemos ver a continuación se han publicado estudios que los relacionan con posibles efectos adversos poco frecuentes, pero potencialmente graves, y muchos de ellos relacionados con el uso prolongado de estos fármacos. Este hecho adquiere gran importancia por su elevado consumo. Por estas razones, se considera en la actualidad indispensable usar la dosis de IBP más baja y durante el menor tiempo posible para lograr las metas terapéuticas deseadas.

(17)

2.3.4.1. ¿Pueden Los IBP Provocar Déficit De Vitamina B12 Y Alteraciones Neurológicas?

La vitamina B12 o cobalamina juega un papel clave en la síntesis de mielina y en diferentes pasos de la mielopoyesis. Se localiza principalmente en alimentos de origen animal unida a diferentes compuestos de naturaleza proteica. La separación de la vitamina B12 de los alimentos en la cavidad gástrica es un paso necesario para su unión al factor intrínseco y ulterior absorción en el íleon terminal. La pepsina actúa como enzima catalizadora del proceso y solo se activa cuando el pH del estómago es inferior a 4. Se ha

postulado que los IBP, al disminuir la acidez del jugo gástrico, pueden originar un déficit de tipo malabsortivo de esta vitamina. (18)

La evidencia disponible que apoya esta asociación procede principalmente de datos in vitro, trabajos experimentales de pequeño tamaño muestral, estudios observacionales y una revisión sistemática con metaanálisis del año 2014 que incluyó 5 estudios observacionales. (18)

En definitiva, a la luz de la evidencia actualmente disponible, no es posible recomendar un cribado generalizado de los niveles de vitamina B12 en todos los pacientes en tratamiento crónico de IBP. En personas de edad avanzada, y especialmente en aquellas con algún factor de riesgo para el déficit de esta vitamina, como la enfermedad de Crohn, antecedentes de cirugía gástrica y/o intestinal, anemia perniciosa, dietas vegetarianas estrictas o desnutrición parece razonable evaluar los depósitos de cobalamina a los 2-3 años de tratamiento con un seguimiento anual/bianual, pautando tratamiento sustitutivo si se detecta la carencia vitamínica. En cualquier caso, es necesaria la realización de estudios prospectivos específicamente diseñados para conocer el alcance

real de una posible asociación entre el consumo crónico de IBP y el déficit de vitamina B12. (18)

2.3.4.2. Déficit de magnesio

Los niveles de magnesio en sangre dependen del balance entre la absorción intestinal y la excreción renal. Habitualmente, la hipomagnesemia aparece por disminución en el consumo o la absorción, por exceso de pérdidas (urinarias o gastrointestinales) o por alteración en el transporte. Recientemente, se ha asociado la hipomagnesemia con el uso de los IBP a largo plazo. Se trata de un efecto adverso con una prevalencia desconocida que ha provocado gran controversia entre los prescriptores. A pesar de no conocerse completamente el mecanismo biológico de la hipomagnesemia asociada a los IBP, se cree que el aumento de pH producido por estos fármacos alteraría el receptor transitorio del canal potencial de melastatina 6 y 7 reduciendo así el transporte activo del magnesio y su absorción. (18)

A pesar de que los IBP se empezaron a comercializar en 1989, el primer caso publicado de IBP e hipomagnesemia data del año 2006. Tras esto, se han publicado varios estudios observacionales que han evaluado la asociación entre el consumo de IBP y la

hipomagnesemia con resultados contradictorios o con muy baja prevalencia. Algunos de ellos han sido criticados al no tener en cuenta el tipo de dieta de los pacientes; por otro lado al ser un ión intracelular las concentraciones séricas no reflejan el magnesio total lo cual dificulta su medición. A pesar de la poca consistencia de los estudios, en 2011 tanto la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) como la Food and Drug Administration (FDA) y la Australian Medicines Safety Update of Therapeutic Goods Administration, publicaron una nota informativa donde se aconsejaba valorar dicha posibilidad diagnóstica ante la aparición de síntomas compatibles en el tratamiento prolongado con IBP y determinar los niveles de magnesio al inicio y periódicamente en ciertas situaciones. Las actuales teorías sobre el mecanismo de la hipomagnesemia asociada al consumo de IBP no explicarían la diferencia de riesgos entre los tipos de IBP y, hasta la fecha, no existe ningún estudio cuyo objetivo sea comparar las diferencias en el riesgo de hipomagnesemia entre los IBP. (18)

En los estudios publicados sobre la alteración de la absorción de magnesio con el uso de IBP, los pacientes se encontraban en tratamiento con IBP

durante mínimo un año, deduciéndose que la toma durante cortos periodos no disminuye los niveles de magnesio. La hipomagnesemia puede ser asintomática o producir vómitos, diarrea, e incluso tetania, confusión y convulsiones. Además, se asocia a la prolongación del intervalo QT en el ECG y a alteraciones electrolíticas como la hipocalcemia y la hipopotasemia. A pesar de no conocerse la frecuencia de este efecto adverso al poder pasar desapercibido; la AEMPS y la FDA recomiendan controles de magnesemia al inicio del tratamiento y valorar la monitorización especialmente en uso prolongado de IBP y en pacientes con toma concomitante de IBP y otros fármacos con riesgo de hipomagnesemia, como diuréticos de asas o tiazídicos, o medicamentos que se puedan alterar por los niveles séricos de magnesio como la digoxina. El manejo de los pacientes con hipomagnesemia en tratamiento con IBP debe individualizarse, suspendiéndose este medicamento si la indicación no es la correcta. En el caso de que fuera conveniente su administración, se recomienda utilizarlo a las dosis mínimas necesarias con suplementos de magnesio, a pesar de no haberse evaluado prospectivamente este manejo. (18)

2.3.4.3. ¿Aumentan Los IBP El Riesgo De Fracturas Óseas?

Numerosos estudios observacionales y metaanálisis han evaluado el uso de IBP, solos o en combinación con bifosfonatos, y el riesgo de fracturas óseas. En estos trabajos el uso de IBP está asociado a un mayor riesgo de fracturas óseas por fragilidad relacionadas con la osteoporosis, especialmente vertebrales y de cadera. La fuerza de esta asociación es baja, siendo algo mayor si la adherencia al tratamiento es elevada o con dosis diarias de IBP más altas. Sin embargo, aunque probable, no existe una relación dosis respuesta o una relación duración respuesta bien establecida. (18)

Esta debilidad hace suponer que existen factores que pueden confundir la asociación estimada. Kaye realiza un estudio excluyendo a todos los pacientes con condiciones médicas que se asocian con fuerza al riesgo de fractura de cadera, y no encuentra que el uso de IBP aumente este riesgo RR 0,99 (IC95%: 0,7-1,1). La edad, el sexo femenino, el índice de masa corporal, el consumo de alcohol y tabaco, la historia previa de caídas o fracturas, enfermedades neurológicas y hematológicas, comorbilidad y el uso de ciertos fármacos como antidepresivos, ansiolíticos,

antipsicóticos, antiepilépticos, diuréticos o antidiabéticos son factores de confusión relacionados con el riesgo de fracturas óseas que modulan el riesgo asociado a los IBP. (18)

La mayoría de los estudios se han realizado en países nórdicos o anglosajones en los que existe una alta prevalencia de fracturas por fragilidad; como es conocido en España la prevalencia es menor. En una cohorte poblacional también catalana (96) de pacientes que han tomado bifosfonatos, con 21.385 participantes de los que 2.026 sufren al menos una fractura, los IBP se relacionan con el riesgo de fractura con un CR 1,41 (IC95%: 1,22-1,65; $p < 0,001$). (18)

En conclusión, el uso de IBP se asocia a un mayor riesgo de fracturas óseas, aunque no es posible concluir que esta asociación sea causal. Con la evidencia disponible no se puede recomendar suspender el tratamiento con IBP para evitar fracturas óseas, aunque se debe insistir en evitar la prescripción inadecuada y buscar la dosis mínima eficaz. (18)

2.3.4.4. ¿Favorecen Los IBP Infecciones Entéricas Y Neumonías?

La evidencia científica disponible, basada en estudios de casos-controles y de cohortes, sugiere que el consumo de IBP se asocia a un leve incremento del riesgo de infección entérica, especialmente por *Clostridium difficile* (CD), y de neumonía adquirida en la comunidad (NAC). El ácido gástrico es una barrera antimicrobiana fisiológica. El riesgo de infecciones durante el consumo de IBP es consecuencia de la inhibición de la secreción gástrica y por tanto del efecto beneficioso de estos fármacos. (18)

Leonard, mediante metaanálisis, evalúan la asociación entre infecciones entéricas y antisecretores gástricos. El consumo de estos fármacos se asociaba a un incremento de riesgo de infecciones por *Salmonella*, *Campylobacter* y otros gérmenes distintos a CD (OR 2,55; IC95% 1,53-4,26), siendo la asociación superior con IBP (OR 3,33; IC95% 1,84-6,02) que con anti-H2 (OR 2,03; IC95% 1,05-3,92). La asociación entre consumo de IBP e infección por CD ha sido más estudiada. En tres metaanálisis publicados en 2012 se detecta un incremento de riesgo de infección por CD. En la mayoría de los estudios no se aporta información sobre la influencia de variables como la duración del tratamiento, comorbilidad, hospitalización, edad avanzada, etc., siendo complejo realizar

recomendaciones sobre medidas preventivas en nuestra práctica clínica, si bien deberíamos ser especialmente cautos en el consumo de IBP en pacientes con factores de riesgo para la infección por CD y así en un estudio retrospectivo recientemente publicado se concluye que en pacientes con infecciones recurrentes por CD se debería evitar el uso de IBP. En este sentido la FDA recomienda considerar el diagnóstico de diarrea asociada a CD en pacientes en tratamiento con IBP y diarrea persistente. Además debido al riesgo de infección por CD recomienda prescribir IBP a la menor dosis y durante el periodo más corto posible para conseguir el tratamiento adecuado de la patología del paciente. (18)

En cuanto a la asociación de la neumonía con el consumo de IBP, en estudios de casos-controles publicados durante los años 2004-08 y en posteriores metaanálisis se sugiere que el consumo de IBP se asocia a un leve incremento de riesgo de NAC. La relación patogénica no está bien establecida pero podría explicarse por la colonización bacteriana gástrica, por modificaciones en la flora bacteriana orofaríngea y por microaspiración pulmonar. Es destacable que el incremento del riesgo se relaciona con la duración del tratamiento siendo superior cuando

el inicio del tratamiento es más reciente, durante el primer mes, independientemente de dosis y edad del paciente. También se asocia a mayor riesgo de hospitalización por NAC. (18)

En resumen, el incremento de riesgo de NAC observado durante el tratamiento con IBP es bajo, siendo relevante únicamente en tratamientos de corta duración, sin una explicación convincente. No se puede, con la información disponible, recomendar medidas preventivas de NAC en nuestra práctica clínica salvo ser estrictos en las indicaciones del tratamiento con IBP. (18)

2.3.4.5. ¿Pueden Los IBP Aumentar El Riesgo De Complicaciones En Los Pacientes Con Cirrosis Hepática?

Los IBP fueron introducidos en la práctica clínica en los años 80 y, desde entonces, han sido ampliamente utilizados en pacientes con cirrosis hepática para múltiples indicaciones (úlceras pépticas, reflujo gastroesofágico, gastropatía de la hipertensión portal, prevención de las úlceras post-esclerosis de varices, hemorragia digestiva o esófago de Barrett, entre otras). Considerados desde el inicio como fármacos prácticamente inocuos, en los últimos años se han

publicado distintos estudios alertando del aumento de infecciones relacionadas con su uso, principalmente la neumonía nosocomial, las infecciones por Clostridium difficile y la peritonitis bacteriana espontánea (PBE). (18)

En cuanto a la dosis, se ha descrito un riesgo aumentado con la dosis estándar respecto a la mitad de la misma. Con respecto a la duración del tratamiento, es complicado establecer comparaciones por no existir definiciones consistentes que varían entre cada estudio realizado. Con esta limitación, se ha comunicado tanto un aumento de riesgo de desarrollo de PBE con tratamientos de mayor duración como ausencia de efecto de esta variable. (18)

Se precisan futuros estudios prospectivos bien diseñados para clarificar la relación de los diferentes tipos de IBP con el riesgo de infección en pacientes cirróticos, así como el potencial efecto en dicho riesgo de la dosis y duración de la terapia. (18)

En resumen, el uso de IBP en pacientes con cirrosis hepática, particularmente en aquellos con descompensación, podría ocasionar un efecto deletéreo y por tanto, deben ser indicados de forma

cuidadosa e individualizada en este subgrupo. La secreción ácida está reducida en estos pacientes, por lo que no hay suficiente evidencia que indique su uso como profilaxis de las complicaciones pépticas de pacientes con gastropatía de la hipertensión portal o varices esofágicas. (18)

2.3.4.6. La demencia senil asociada al uso de IBP

Un estudio reciente en Alemania ha confirmado la asociación entre los inhibidores de la bomba de protones y el incremento en el riesgo de demencia en pacientes mayores. Como se mencionó, los IBP de protones son uno de los fármacos más prescritos, y éste se encuentra en aumento, sobre todo en población de la tercera edad. Anteriormente al mencionado el mismo grupo de investigación realizó un estudio encontrando la asociación, sin embargo el estudio actual presenta mayor información farmacéutica y de registros médicos. En el último estudio los investigadores se enfocaron en el uso de los IBP durante los últimos 18 meses. Así mismo se ha encontrado una correlación estadísticamente significativa entre la presencia de diabetes y la prescripción de 5 o más fármacos diferentes a los IBP. Los tres IBP más prescritos fueron: Omeprazol, esomeprazol y pantoprazol, encontrándose similares

incidencias de demencia entre ellos. Aún no se tiene determinado cuanto es el incremento en riesgo de demencia cuando se usan los IBP (19).

La demencia se caracteriza por una disminución cognitiva acumulada y una incapacidad progresiva para vivir independientemente. Las terapias y el cuidado de la demencia tienen un impacto socioeconómico notable. En el año 2010, el costo mundial estimado de la demencia fue de \$ 604 mil millones. Se ha reportado que el mayor efecto en la reducción de la aparición de demencia es la prevención primaria (es decir, la reducción del riesgo de demencia). Para la prevención de la demencia es detectar los factores de riesgo para la demencia en las personas con mayor riesgo (es decir, los ancianos). Los fármacos usados con frecuencia son los más específicos como factores de riesgo para la demencia en los ancianos, especialmente los datos sobre las consecuencias de su uso a largo plazo. El mecanismo subyacente por el cual los IBP podrían influir en el desarrollo de la demencia aún no se ha determinado. (19)

Hay evidencia que vincula la ingesta de IBP con el deterioro cognitivo. En primer lugar, se ha informado

que algunos IBP (por ejemplo, lansoprazol y omeprazol) atraviesan la barrera hematoencefálica, por lo que son capaces de afectar directamente al cerebro. Badiola et al demostraron que los IBP pueden interactuar con Enzimas cerebrales. Observaron niveles aumentados de A β en un modelo de células amiloides y en los cerebros de ratones después del tratamiento con IBP. Sugieren un mecanismo de modulación de γ -secretasa inversa en combinación con una actividad aumentada de β secretasa BACE1 que conduce a una acumulación de niveles de A β . Los péptidos A β son un signo patológico importante de demencia en el curso de la enfermedad de Alzheimer. Otra explicación para el enriquecimiento de A β por IBP puede implicar una modulación de la degradación de A β por los lisosomas en la microglía. La depuración de A β por microglía es dependiente del pH y este proceso es inducida por la acidificación de los lisosomas. Como resultado, los IBP pueden contribuir a la inhibición de la acidificación, la reducción de la degradación de A β y el aumento de los niveles de A β . Una posible participación de los IBP en la cognición se da en un estudio de Lam, en el que se informa de una asociación entre el uso previo de IBP y con la actual presencia de deficiencia de vitamina B12. Se ha

descrito que un estado deficiente de la vitamina B12 afecta negativamente a la cognición y promueve el daño neurológico, probablemente debido a la síntesis alterada del ADN, la metilación y la neurotoxicidad de la homocisteína. (19)

2.4. Racionalización el uso de IBP

El consumo anormalmente alto de inhibidores de la bomba de protones (IBP) ha sido reiteradamente denunciado desde hace muchos años. La prescripción de IBP es cuantitativamente alta por factores inherentes al fármaco (alta eficacia terapéutica unida a su seguridad) y por la elevada prevalencia de las enfermedades en las que se indican adecuadamente. La ERGE, que es el paradigma, acapara la mayor parte de las prescripciones adecuadas de IBP para uso crónico, seguida de la profilaxis de la gastropatía por antiinflamatorios no esteroideos (AINE), que se presume creciente (envejecimiento de la población que se asocia a comorbilidad, incremento de tratamientos que representan factores de riesgo como anticoagulación, antiagregación, etc.). Estos factores justifican una prescripción elevada de IBP para tratamiento continuado que se refleja en las cifras de consumo referidas por las agencias de salud. El consumo de IBP aumentó un 227 % en el periodo 2004-2010. (20)

Que haya un consumo elevado plenamente justificado en ERGE y gastropatía por AINE no excluye que también exista

inadecuación en estas indicaciones. Ello es especialmente manifiesto en el contexto de la prevención de lesiones gástricas por AINE donde se evidencian malas indicaciones, no solo por exceso, sino también por defecto ya que no se ajustan a las recomendaciones dictadas para la práctica clínica. En este ámbito destacan las prescripciones realizadas por polifarmacia que no incluye fármacos con efecto gastrolesivo. Es imperativo corregir ese error conceptual que entraña la indicación de un IBP como "protector" cuando existe tratamiento con varios fármacos, independientemente de su potencial gastrolesivo. La población anciana, que con mayor frecuencia asocia polimedicación y comorbilidad, es un colectivo particularmente proclive a la prescripción inadecuada de IBP. La indicación por dispepsia también acumula inadecuación. Si se siguiese las recomendaciones de las guías de práctica clínica la prescripción para uso crónico se reduciría sustancialmente. (20)

La inadecuación se da tanto en atención primaria como especializada; también se ha observado una elevada tasa (70 %) en la asistencia urgente. Es alarmante que la hospitalización se asocie a un uso elevado de IBP, representando un factor de riesgo para prescripción inadecuada. Una primera información obtenida de un estudio retrospectivo realizado en el Hospital Universitario de Michigan, que analizó el tratamiento antisecretor, relata que lo sigue en el momento del ingreso el 29 % (33 % con IBP) de los pacientes y tras la hospitalización se incrementa al 71 % (84 % de IBP). Se estimó que solo estaba

justificada la indicación en el 10 %. En un análisis similar realizado en un hospital terciario español el 28,7 % de los pacientes ya consumían IBP al ser admitidos, 82,6 % los recibieron durante el periodo de hospitalización y al 54,8 % se les recomendaba al alta del hospital. Se consideró que la prescripción era inadecuada en el 74,5 %, 61,3 % y 80,2 % de cada una de las tres situaciones. En otro estudio que cuantificó la inadecuación analizando los informes de alta hospitalaria, se observó que no existía información que justificase la recomendación de seguir tratamiento continuado con IBP en el 54,5 %; la indicación se calificó de incierta en el 12,7 % y solo en el 32,7 % estaba basada en la evidencia científica. En un estudio posterior que valoró la prescripción 6 meses antes y después del alta hospitalaria se reprodujo los datos, encontrando que la indicación de IBP al alta hospitalaria era inadecuada en el 52 %, adecuada solo en el 35 % e incierta en el 13 %; de estos continúan el tratamiento después del alta el 58 %, 67 % y 73 %, respectivamente. Es destacable que dos tercios de la indicación inadecuada se iniciaron en el hospital.

(20)

Es obvio que es muy bajo el seguimiento de las recomendaciones dictadas para la práctica clínica. Por lo observado en los estudios citados, los defectos en la indicación de IBP no solo no se corrigen sino que incluso se incrementan cuando el paciente transita por distintas estaciones asistenciales

(atención primaria, especializada, urgencia, asistencia a críticos), cualquiera que sea el sentido. Se ha propuesto consensuar protocolos de actuación para mejorar la adecuación de la prescripción. Dada la generalización del problema, afectando a todos los niveles asistenciales, verosíblemente se precisa de una política más amplia a la vez que individualizada. Una alternativa es desarrollar programas educacionales para mejorar la prescripción. (20, 21)

3. **Análisis de los Antecedentes Investigativos**

3.1. **Antecedentes Locales**

Título: Características y Frecuencia de la prescripción de Inhibidores de la Bomba de Protones en los servicios de Medicina y Cirugía en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2014 (22).

Autores: Gina Maria Laura Villalba Kong

Cita: Tesis para obtener el Título de Médico Cirujano, Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María. 2014.

Resumen:

Se realizó un estudio descriptivo donde se hizo revisión de historias clínicas de pacientes hospitalizados en el mes de noviembre del años 2014. El objetivo del presente trabajo fue determinar las características y frecuencia de la prescripción de los Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP) en los servicios de Medicina y Cirugía en el Hospital Regional Honorio Delgado, en la ciudad de Arequipa el 2014. Se comparó mediante una lista de chequeo que se obtuvo de varias Guías

de Práctica Clínica (GPC), además se determinó según la patología si la duración del tratamiento fue o no la adecuada. Se evaluó en total 207 historias clínicas, teniéndose que 55% de ellas no presentaban prescripciones basadas en GPC. El Servicio de Medicina obtuvo el 30% de prescripciones no basadas en GPC, mientras que el servicio de Cirugía obtuvo el 78%. El motivo de prescripción más frecuente fue la prevención de úlceras gástricas producidas por AINEs en pacientes con edad avanzada que se dio en el 41% de pacientes, y el motivo de prescripción de IBP no basada en GPC mas frecuente fue la polifarmacia (84%) en medicina y estrés post quirúrgico (40%) en Cirugía. Se encontro que el 52 % de casos no fue adecuada la duración del tratamiento que recibieron.

3.2. Antecedentes Nacionales

Título: Frecuencia de la prescripción de los inhibidores de bomba de protones basada en guías de práctica clínica en pacientes hospitalizados en dos hospitales docentes de Lima – Perú (23)

Autores: Katherine Yelenia Bustamante Robles; Ray Ticse Aguirre; Italo Francisco Cánepa Rondo; Carmela Giuliana Costta Herrera; Sergio Vasquez Kunze; Leslie Soto Archiñigo; Hector Sosa Valle

Cita: Revista de Gastroenterología del Perú, Vol. 32, Nro. 1, pg 44-49.

Resumen:

El objetivo del estudio fue Evaluar si la prescripción de inhibidores de bomba de protones (IBP) está basada en Guías de Práctica Clínica en pacientes hospitalizados en dos hospitales docentes de Lima. Se acudió a los servicios de Medicina Interna, Medicina Tropical y Cirugía General

de dos hospitales docentes, y se procedió a revisar las hojas de terapéutica y kárdex de enfermería. En los pacientes que recibían IBP se procedió a determinar el motivo de su prescripción según una lista de chequeo obtenida de diferentes guías de práctica clínica (GPC). El 54,57% de las prescripciones de IBP en los dos hospitales docentes no estuvieron basadas en GPC. No se encontró diferencias estadísticamente significativas entre ambos hospitales en cuanto a la prescripción de IBP basada en GPC ($p=0,208$). En el servicio de Cirugía General fue mayor la prescripción de IBP no basada en GPC con respecto al servicio de Medicina (83,6% versus 16,4%; $p<0.0001$). El principal motivo de prescripción de IBP basado en GPC fue la prevención de úlceras gástricas producidas por antiinflamatorio no esteroideo en pacientes con edad avanzada (65,72%). Existe una elevada frecuencia de sobreuso de IBP en los dos hospitales docentes.

3.3. Antecedentes Internacionales

Título: Evaluación de los inhibidores de la bomba de protones en el servicio de medicina interna (24)

Autores: E. Martín-Echevarría, A. Pereira Juliá, M. Torrealba, G. Arriola Pereda, P. Martín Dávila, J. Mateos, M. Rodríguez Zapata.

Cita: Revista Española de Enfermedades Digestivas. Vol 100 N. 2 76-81. 2008

Resumen:

El objetivo del estudio en mención fue la revisión de las indicaciones de los IBP en su medio y la evaluación de su utilización en el Hospital Universitario de Guadalajara. Se realizó un estudio de corte transversal

analítico con selección aleatoria de los pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Interna durante todo el año 2003. Se revisaron en total 208 historias a los que les administraron IBP. La edad media fue 67 años, con un rango de 16 y 92, 46.2% de los participantes fueron mujeres y las enfermedades subyacentes encontradas fueron: Hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y diabetes mellitus. En cuanto a los resultados un 34.6% de los pacientes tomaban IBP antes de su ingreso. De estos, 68.1% no tenía indicación. Durante el ingreso se prescribió de forma inadecuada los IBP en 73.07% y al momento del alta, se mantenían los IBP sin indicación correcta. Los resultados encontrados en este estudio están en concordancia con los encontrados anteriormente, manteniendo una alta frecuencia del uso incorrecto de los IBP y siendo recomendable un uso más racional para evitar los efectos secundarios, las interacciones con otros fármacos y brindar mejor atención médica.

Título: Inhibidores de la bomba de protones: Estudio de prescripciones en una Unidad de Recuperación Funcional (25)

Autores: Pedro López-Dóriga, Marta Neira y Sara Mansilla

Cita: Revista Española de Geriátría y Gerontología, Vol 48 Nro. 6, pg 269-271

Resumen:

El objetivo del presente estudio fue evaluar la frecuencia y adecuación del uso de los IBP en mayores de 65 años que ingresaron a la Unidad de Recuperación Funcional (URF) en un hospital de media estancia.

Fue un estudio retrospectivo sobre la prescripción de los IBP en pacientes hospitalizados en la URF del Hospital de la Fuenfría, seleccionando a aquellos pacientes mayores de 65 años ingresados a lo largo del 2011. Se recogió información relativa a la frecuencia, tipo y adecuación de la prescripción de los IBP antes del ingreso y al momento del alta tanto del hospital de agudos como del URF. Se incluyeron 296 pacientes, de los cuales 45.3% antes del ingreso consumía IBP, 79.1% de pacientes agudos consumía al momento del alta, 75.5% de pacientes subagudos consumía al momento del alta. No se encontró motivo justificado para su uso en 62.7%, 30.8% y 54.2% respectivamente. El omeprazol fue el IBP más prescrito. Los resultados sugieren un uso de los IBP extendido e inapropiado en los pacientes hospitalizados.

Título: Uso inapropiado de los Inhibidores de la Bomba de Protones en pacientes ancianos dados en alta de problemas agudos (26)

Autores: R. Schepisi, S Fusco, F. Sganga, B. Falcone, DL Vetrano, A. Abbatecola, F. Corica, M. Maggio, C. Ruggiero, P. Fabbietti, A. Corsonello, G. Onder, F. Lattanzio.

Cita: The journal of nutrition, health and aging. Vol 20. Nro. 6, pg 665-670. 2016

Resumen:

El objetivo del presente estudio fue evaluar los relatos clínicos y la adecuación de la prescripción de IBP al momento del alta en una población de 1081 pacientes ancianos. Se diseñaron unos criterios para evaluar la medicación apropiada en pacientes ancianos acorde a la

Agencia Italiana de reglamentación de Medicamentos. Las indicaciones de sobreprescripción y baja prescripción se analizaron mediante análisis de regresión logística. Se observó la prescripción excesiva en el 30% de los pacientes que recibieron IBP al alta. Infraprescripción se observó en el 11% de los pacientes que no recibieron IBP al alta. Prescripción excesiva de los IBP al alta se asoció negativamente con la edad (OR = 0,88, IC del 95% = 0,85 a 0,91), depresión (OR = 0,58, IC del 95% = 0,35-0,96), el uso de la aspirina (OR = 0,03, IC del 95% = 0,02-0,06) y los corticosteroides sistémicos (OR = 0,02, IC del 95% = 0,01-0,04). La asociación negativa con el número de medicamentos (OR = 0,95 IC 95% = 0,88-1,03) y comorbilidades generales (OR = 0,92 IC 95% = 0,83-1,02) fue casi significativa. Por el contrario, la mayor edad (OR = 1,09, IC del 95% = 0,94 a 1,24), el uso de la aspirina (OR = 24,0; IC del 95% = 11,5-49,8) y sistémicos corticosteroides (OR = 19,3; IC del 95% = 11,5-49,8) y las comorbilidades generales (OR = 1,22, IC del 95% = 1,04-1,42) fueron factores asociados a infraprescripción. Prescripción excesiva de los IBP es más frecuente en los pacientes más jóvenes con menor carga de la depresión, mientras que infraprescripción se caracteriza por la edad avanzada y una mayor carga de comorbilidad y polifarmacia. La hospitalización debe ser considerada como una pista para identificar el uso inadecuado de los IBP y mejorar la idoneidad de la prescripción.

4. Objetivos

4.1. Objetivo General

Establecer las características de indicación de los inhibidores de la bomba de protones en pacientes adultos mayores internados en el Hospital Goyeneche. Arequipa 2013 - 2016.

4.2. Objetivos Específicos

- 1) Determinar las características asociadas al uso de inhibidores de bomba de protones en pacientes adultos mayores hospitalizados en el hospital Goyeneche Arequipa 2013 – 2016
- 2) Determinar la patología concomitante y tratamiento previo en pacientes adultos mayores que usan Inhibidores de la Bomba de Protones internados en el Hospital Goyeneche. Arequipa 2013 - 2016.
- 3) Determinar la indicación de uso de los Inhibidores de la Bomba de Protones en pacientes adultos mayores internados en el Hospital Goyeneche, Arequipa 2013 - 2016.
- 4) Determinar el uso de los Inhibidores de la Bomba de Protones sin indicación basada en GPC en pacientes

adultos mayores internados en el Hospital Goyeneche,
Arequipa 2013 - 2016.

- 5) Determinar si el tiempo de duración del tratamiento, dosis y vía de administración de los Inhibidores de la Bomba de Protones son adecuados en pacientes en pacientes adultos mayores internados en el Hospital Goyeneche, Arequipa 2013 - 2016.

5. Hipótesis

El presente trabajo no presenta hipótesis debido a la naturaleza de su tipo, la cual es descriptiva.



III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

1.1. Técnicas:

La técnica es documentaria, basándose en la revisión de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados.

1.2. Instrumentos:

Ficha de Recolección de Datos basada en guías de práctica clínica con los siguientes datos: (Anexo 2)

- Fecha de recolección de datos
- Servicio: cirugía, medicina o ginecología
- Motivo de prescripción de IBP ya sea adecuado o inadecuado basado en guías de práctica clínica que describen las indicaciones adecuadas de los IBP.
 - En el caso de ser una prescripción inadecuada si no está descrita la causa en la historia clínica colocar la indicación aparente.
- Tratamiento previo gastrolesivo si estuviera descrito
- Patología concomitante
- Vía de administración: oral o intravenosa (adecuada solo en el caso de que en la historia clínica se registre al paciente con vómitos, diarrea, hemorragia digestiva, disfagia, etc. o una situación general del paciente ya sea postquirúrgico, estancia en UCI, etc.).

- Dosis y duración adecuadas o inadecuadas de acuerdo a tablas de indicaciones de uso de IBP adjuntadas a la ficha de recolección de datos.

1.3. Materiales de verificación:

Fichas impresas

Material de escritorio

Computadora persona con el software: Microsoft Office 2010, SPSS v.20, sistema operativo Windows (cualquier versión)

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación Espacial:

El estudio se llevará a cabo en el Hospital Goyeneche, ubicado en la ciudad de Arequipa

2.2. Ubicación Temporal:

La información de los pacientes corresponderá al periodo comprendido entre los años 2013 al 2016.

2.3. Unidades de Estudio:

Las unidades de estudio estarán conformadas por las historias clínicas de los pacientes.

2.4. Población:

Todos los pacientes que estuvieron hospitalizados en el servicio de medicina, cirugía y ginecología. Para cada uno de los

servicios, durante el periodo 2013-2016, se tiene la siguiente población:

- Medicina Interna: 1332 pacientes
- Cirugía: 709 pacientes
- Ginecología: 138 pacientes

Sumando una población total 2180.

2.5. Muestra y Muestreo:

Para calcular el tamaño muestral se utilizó la fórmula para una proporción en una población finita o conocida, siendo:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

N: tamaño de la población: 2180

a: Error alfa: 0.05

1-a: Nivel de confianza: 0.95

Z(1-a): Z de (1-a): 1.96

p: Prevalencia de la enfermedad: 0.2

q: Complemento de p: 0.8

n: Tamaño de la muestra: 221.04

Por lo que se tiene como tamaño muestra mínimo de 221 personas.

Haciendo la distribución proporcional a cada uno de los servicios se tendrán los siguientes tamaños muestrales mínimo requeridos:

- Medicina Interna: 135
- Cirugía: 71
- Ginecología: 15

Los cuales mediante una aleatorización sistemática serán seleccionados.

2.6. Criterios de Selección:

2.6.1. Criterios de Inclusión:

- Paciente que al momento de su hospitalización tenga 60 años o más.
- Paciente que estuvo hospitalizado en el servicio de Medicina, Cirugía y Ginecología.
- Paciente que tuvo al menos una indicación de Inhibidores de la Bomba de Protones a partir de su hospitalización.

2.6.2. Criterios de Exclusión:

- Paciente que tenga información ilegible en su Historia Clínica.

3. Estrategia de recolección de datos

3.1. Organización

En cuanto a la organización del presente trabajo se considera:

Primero: Enviar el proyecto de tesis a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María para su aprobación y su correspondiente asignación de jurados.

Segundo: Proceder a solicitar la autorización a la dirección del Hospital Goyeneche para la recolección de datos.

Tercero: Coordinar con el servicio de archivo para la revisión de Historias Clínicas.

Cuarto: Proceder a la recolección de información en base a las historias clínicas de los pacientes hospitalizados.

Quinto: Digitar los datos obtenidos a una base de datos en el Programa Microsoft Excel, para su posterior análisis.

3.2. Recursos

a) Humanos:

- Investigador: Víctor Hugo Delgado Eduardo
- Asesor: Dra. Miriam Tecsi Llerena

b) Materiales:

- Fichas de recolección de datos
- Material de escritorio
- Computadora personal

c) Financieros:

- Financiado por el autor

3.3. Validación de los Instrumentos

La ficha de recolección de datos no requiere de validación y se elaboró en base a la revisión publicada por Barrera E. y colaboradores que estudia los criterios de selección de

inhibidores de la bomba de protones; además de las guías publicadas por Gallach M. et al para el manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa, Ferrer I. et al para el seguimiento farmacoterapéutico sobre úlcera péptica, el grupo de trabajo Sector Zaragoza I Salud para el empleo de los inhibidores de la bomba de protones en la prevención de gastropatías secundarias a fármacos, Valdivia Roldán M. para describir el manejo de Gastritis y Gastropatías, y Beltrán MA para recomendar las características y manejo del Síndrome de Zollinger-Ellison.

3.4. Criterios o estrategias para el manejo de los resultados

3.4.1. A nivel de Recolección

La información obtenida por medio de las historias clínicas se transcribirá a la base de datos. La información de los pacientes se manejará en confidencialidad siendo uso exclusivo del tesista.

3.4.2. A nivel de Sistematización

La digitación se realizará en el programa Microsoft Excel, para posteriormente ser exportados al SPSS v.20 y llevarse a cabo su análisis.

3.4.3. A nivel de Estudio de Datos

Para el análisis de los datos básicamente se usará estadística descriptiva, basado en frecuencias

absolutas y relativas, así mismo para las variables numéricas se utilizarán medidas de tendencia central como promedios y desviación estándar.

IV. Cronograma de Trabajo

TIEMPO	Enero-2017				Febrero-2017				Marzo-2017			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración del Proyecto de tesis	■											
Envío del proyecto a la FMH UCSM para su revisión y aprobación		■										
Recolección de Información			■	■	■	■						
Tabulación, digitación y sistematización de datos							■	■				
Análisis de Resultados								■	■			
Elaboración de Borrador de Tesis									■	■		
Sustentación y Aprobación Final										■	■	



V. Bibliografía

1. Schubert ML, Peura DA. Control of gastric acid secretion in health and disease. *Gastroenterology* 2008; 134:1842.
2. Lloyd KCK, Debas HT. Peripheral regulation of gastric acid secretion. In: *Physiology of the Gastrointestinal Tract*, Johnson LR, Christensen J, Jackson MJ, et al (Eds), Raven Press, New York 1994.
3. Wolfe MM, Soll AH. The physiology of gastric acid secretion. *N Engl J Med* 1988; 319:1707.
4. Wolfe MM, Sachs G. Acid suppression: optimizing therapy for gastroduodenal ulcer healing, gastroesophageal reflux disease, and stress-related erosive syndrome. *Gastroenterology* 2000; 118:S9.
5. Barrachina MD, Calatayuda S. Farmacología De Las Secreciones Gastrointestinales. En: Lorenzo P, Moreno A, Lizasoain I, Leza JC, Moro MA, Portolés A. Velásquez Farmacología Básica y Clínica. 18ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2008. p.571
6. Brunton L, Parker K, Blumenthal D, Buxton I. Goodman & Gilman: Manual De Farmacología Y Terapéutica. 12ª ed. Mexico D.F.: Mexicana; 2011.p.621
7. Oscanoa Espinoza TJ. Seguridad De Los Inhibidores De La Bomba De Protones. *Rev. Gastroenterol. Perú*; 2011; 31(1): 50-1
8. Barrera Linares E, Gómez Suárez E, Mataix Sanjuan A et al. Criterios de selección de inhibidores de la bomba de protones. *Rev. Serv Madrileño de salud. Madrid*; 2011; 21(3): 2-3
9. Dorward S, Sreedharan A, Leontiadis GI, et al. Proton pump inhibitor treatment initiated prior to endoscopic diagnosis in upper gastrointestinal bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; :CD005415.
10. Gisbert JP, González L, Calvet X, et al. Proton pump inhibitors versus H2-antagonists: a meta-analysis of their efficacy in treating bleeding peptic ulcer. *Aliment Pharmacol Ther* 2001; 15:917.
11. Green FW Jr, Kaplan MM, Curtis LE, Levine PH. Effect of acid and pepsin on blood coagulation and platelet aggregation. A possible contributor prolonged gastroduodenal mucosal hemorrhage. *Gastroenterology* 1978; 74:38.
12. Gallach M, Calvet X, Lanás Á, Feu F, Ponce J, Gisbert JP et al. Guía práctica para el manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa. *Emergencias* 2013; 25: 472-481

13. Ferrer I, Pérez JM, Herrerías JM. Guía De Seguimiento Farmacoterapéutico Sobre Úlcera Péptica: Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (GIAF); 2004.
14. Grupo de trabajo Sector Zaragoza I Salud. Empleo de los inhibidores de la bomba de protones en la prevención de gastropatías secundarias a fármacos. Guía de Práctica Clínica. Enero 2012. http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_509_IBP_gastropatias_2rias_fcos_completa.pdf
15. Valdivia Roldán M. Gastritis y Gastropatías. Rev. Gastroenterol. Perú; 2011; 31-1: 38-48
16. Beltrán MA. Síndrome de Zollinger-Ellison: revisión del conocimiento actual. Rev Colomb Cir. 2016;31:197-211
17. Cruz Bartolomé M, Clemente Jiménez S, Gregorio Nogueras C, Esteban Gimeno AB, Estrada Ramos M et al. Empleo De Los Inhibidores De La Bomba De Protones En La Prevención De Gastropatías Secundarias A Fármacos. Guía de prác clínica. Zaragoza;2011; (1): 45-8
18. De la Coba C, Argüelles Arias F, De Argila CM, Júdez J, Linares A, Ortega Alonso A. Efectos adversos de los inhibidores de la bomba de protones: revisión de evidencias y posicionamiento de la Sociedad Española de Patología Digestiva. Rev Esp Enferm Dig 2016; 108 (4): 207-224
19. Gomm W, Holt K, Thomé F, Broich K, Maier W, Fink A et al. Association of Proton Pump Inhibitors With Risk of Dementia A Pharmacoepidemiological Claims Data Analysis. JAMA Neurology Published online February 15, 2016.
20. Ponce J, Esplugues JV. Racionalizar El Uso De Ibp: Una Asignatura Pendiente. Rev esp enferm dige. Madrid; 2013;135 (3): 121-23
21. De burgos Lunar C, Novo Del Castillo S, Llorente Díaz E, Salinero Fort MA. Estudio de prescripción-indicación de inhibidores de la bomba de protones. Rev clínica Esp. 2006; 206: 266-70
22. Villalba-Kong Gina. Características y Frecuencia de la prescripción de Inhibidores de la Bomba de Protones en los servicios de Medicina y Cirugía en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2014. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana. Universidad Católica de Santa María. Arequipa 2014.
23. Bustamante Robles KY, Ticse Aguirre R, Cánepa Rondo IF, Costa Herrera CG et al. Frecuencia de la Prescripción de los Inhibidores de Bomba de Protones

- Basada en Guías de Práctica Clínica en Pacientes Hospitalizados en Dos Hospitales Docentes de Lima – Perú. Rev. Gastroenterol. Perú; 2012; 32-1: 44-49
24. Martín-Echevarría, E., Pereira Juliá, A., Torralba, M., Arriola Pereda, G., Martín Dávila, P., Mateos, J., & Rodríguez Zapata, M. (2008). Evaluación del uso de los inhibidores de la bomba de protones en un servicio de medicina interna. Revista Española de Enfermedades Digestivas, 100(2), 76-81.
 25. López-Dóriga B, Neira Álvarez M, Mansilla Laguía S. Inhibidores de la bomba de protones: estudio de prescripción en una Unidad de Recuperación Funcional. Rev esp geriat. 2013; 48(6): 269-71
 26. Schepisi R, Fusco S, Sganga F, et al. Inappropriate Use of Proton Pump Inhibitors in Elderly Patients Discharged from Acute Care Hospitals. J Nutr Health Aging. 2016; 20(6):665-70.





ANEXO II

FICHA DE RECOLECCIÓN DE

DATOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha de recolección: ___/___/___

Servicio: _____

Edad: _____ Sexo: _____

MOTIVO DE PRESCRIPCIÓN ADECUADA DE IBP	SI	NO	Duración de tratamiento (días)	Dosis y vía de adm. del tratamiento
Tratamiento de ERGE (enfermedad por reflujo gastroesofágico) <ul style="list-style-type: none"> • ERGE no investigada • ERGE no erosiva • ERGE erosiva leve o moderada • ERGE erosiva grave 				
Prevenición de resangrado digestivo alto secundario a ulcera gastroduodenal				
Tratamiento de ulcera gástrica y duodenal: <ul style="list-style-type: none"> • Ulcera gástrica asociada a H. pylori • Ulcera duodenal asociada a H. pylori • Ulcera gástrica asociada a uso de AINEs • Ulcera duodenal asociada a uso de AINEs • Ulcera péptica complicada 				
Tratamiento para erradicación de la infección de H. pylori				
Tratamiento de Gastritis: <ul style="list-style-type: none"> • Gastritis asociada a uso de AINEs • Gastritis asociada a H. pylori 				
Tratamiento de síndrome de Zollinger – Ellison				
Tratamiento de dispepsia <ul style="list-style-type: none"> • Dispepsia funcional • Dispepsia no investigada 				
Tratamiento profiláctico para úlceras gastroduodenales por estrés en: <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con ventilación mecánica (durante más de 				

<p>48 h)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coagulopatías • Lesión cerebral traumática • Quemaduras extensas. • Pacientes ingresados en UCI con politraumatismo, sepsis o insuficiencia renal aguda. 				
<p>Tratamiento profiláctico de gastropatías secundarias a fármacos gastrolesivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AINE agudo • AINE crónico • Antiagregantes • Anticoagulantes • Corticoides • ISRS 				
<p>Otros:</p> <hr/>				

PRESCRIPCIÓN INADECUADA DE INHIBIDORES DE BOMBA DE PROTONES POR:

Duración	Dosis y vía

TRATAMIENTO PREVIO GASTROLESIVO:

PATOLOGÍA CONCOMITANTE

Tabla 1. **Indicación de IBP en la profilaxis de gastropatías secundarias a fármacos gastrolesivos**

	Antecedentes HDA o úlcera péptica	No asociados a otros fármacos gastrolesivos		Asociados a otros fármacos gastrolesivos	
		< 65 años	> 65 años	< 65 años	> 65 años
AINE agudo (7-30 días)	SI	NO	SI	SI	
AINE crónico (>30 días)	SI	NO	SI	SI	
Otros analgésicos (paracetamol, tramadol)	NO	NO		NO	
Antiagregantes	SI	NO	SI con AAS* NO con clopidogrel**	SI (incluida doble antiagregación)	
Anticoagulantes	SI	NO	Individualizar*	SI	
Corticoides	Individualizar*	NO		SI	
ISRS	Individualizar*	NO	NO*	SI	
Polimedicación (excluidos medicamentos anteriores)	NO	NO		NO	

* No hay evidencia clara ni unanimidad en las recomendaciones de los distintos autores.

** No hay unanimidad en las recomendaciones. El uso de IBP podría reducir la actividad antiagregante de clopidogrel lo que conllevaría un mayor riesgo de sufrir acontecimientos cardiovasculares de tipo aterotrombótico. Individualizar tratamiento.

Fuente: INFAC Inhibidores de la bomba e protones: recomendaciones de uso VOLUMEN 24 • N° 08 • 2016

Tabla II. Dosis orales equipotenciales de los IBP

<i>Omeprazol</i>	<i>Lansoprazol</i>	<i>Pantoprazol</i>	<i>Rabeprazol</i>	<i>Esomeprazol</i>
10 mg	15 mg	20 mg	10 mg	10 mg
20 mg	30 mg	40 mg	20 mg	20 mg

Fuente: De la Coba C, De la Coba C, et al. Efectos adversos de los inhibidores de la bomba de protones: revisión de evidencias y posicionamiento de la Sociedad Española de Patología Digestiva

Tabla III. Indicaciones actuales de uso de los IBP

<i>Patología</i>	<i>Dosis de omeprazol y tiempo de tratamiento</i>
Úlcera gástrica y duodenal	Omeprazol 20 mg/día 4-8 semanas
Síndrome Zollinger Ellison	Omeprazol 20-60 mg/día
Profilaxis gastroenteropatía por AINE/AAS	Omeprazol 20 mg/ día
Profilaxis úlcera de estrés	Omeprazol 20 mg i.v./ día
Erradicación <i>Helicobacter pylori</i>	Omeprazol 40 mg cada 12 horas 10-14 días
Hemorragia digestiva alta	Bolo por vía intravenosa de Omeprazol 80 mg i.v. seguido de Omeprazol 40 i.v. cada 8 horas o perfusión 8 mg i.v. /hora 72 horas
Enfermedad por reflujo gastroesofágico leve-moderado	Omeprazol 20 mg/ día 4-8 semanas (Incrementar a 40 mg en caso de mayor gravedad)
Dispepsia no investigada y dispepsia funcional en pacientes sin síntomas de alarma y menores de 55 años	Omeprazol 20 mg/día 4-8 semanas

Fuente: De la Coba C, et al. Efectos adversos de los inhibidores de la bomba de protones: revisión de evidencias y posicionamiento de la Sociedad Española de Patología Digestiva



ANEXO III
FICHA DE RECOLECCIÓN DE
DATOS

	SERVICIO	EDAD	SEXO	PRESCRIPCION ADECUADA	MOTIVO DE PRESCRIPCION DE IBP	DURACION DE TTO ADECUADO	DOSIS ADECUADA	VIA DE ADMINISTRACION	ADECUADO USO DE VIA DE ADMINISTRACION	TRATAMIENTO GASTROLESIVO PREVIO	PATOLOGIA CONCOMITANTE
1	MEDICINA INTERNA	87	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE AINES AGUDO	NO	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	NAC, HTA
2	MEDICINA INTERNA	79	M	NO	PROFILAXIS POP USO DE AINE MENOR A 7 DIAS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	COLANGITIS AGUDA
3	MEDICINA INTERNA	97	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE AINES AGUDO Y ANTIAGREGANTES	NO DESCRITO	SI	VO	SI	NO DESCRITO	NEUMONIA INTRAHOSPITALARIA
4	MEDICINA INTERNA	86	F	SI	DISPEPSIA NO INVESTIGADA	NO DESCRITO	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	ITU
5	MEDICINA INTERNA	89	M	SI	TTO PROFILACTICO PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS POR SEPSIS	NO	SI	VIV	SI	NO DESCRITO	SEPSIS SEVERA
6	MEDICINA INTERNA	88	M	NO	APARENTEMENTE POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	NAC, DESNUTRICION PLURICARENCIAL
7	MEDICINA INTERNA	81	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE AINES AGUDO	NO	SI	VO	SI	NO DESCRITO	CRISIS HIPERTENSIVA
8	MEDICINA INTERNA	87	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIAGREGANTES	NO DESCRITO	SI	VO	SI	NO DESCRITO	ACV ISQUEMICO
9	MEDICINA INTERNA	63	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	NAC, HTA
10	MEDICINA INTERNA	94	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE AINES CRONICO	SI	SI	VIV	SI	ACIDO ACETIL SALICILICO	ITU, DEMENCIA SENIL
11	MEDICINA INTERNA	75	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE AINES AGUDO	SI	SI	VO	SI	NO DESCRITO	NAC
12	MEDICINA INTERNA	82	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIAGREGANTES	NO DESCRITO	SI	VO	SI	NO DESCRITO	TIA
13	MEDICINA INTERNA	87	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIACOAGULANTES	SI	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	EPOC
14	MEDICINA INTERNA	76	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIACOAGULANTES Y AINES	NO	SI	VIV	NO	IBUPROFENO	FIBRILACION AURICULAR, GONARTROSIS
15	MEDICINA INTERNA	85	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE AINES AGUDO	SI	SI	VIV	SI	NO DESCRITO	ACV ISQUEMICO
16	MEDICINA INTERNA	83	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIAGREGANTES	NO DESCRITO	SI	VIV	SI	NO DESCRITO	ACV ISQUEMICO
17	MEDICINA INTERNA	86	M	SI	TTO PROFILACTICO PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS POR LESION CEREBRAL TRAUMATICA	NO DESCRITO	SI	VIV	SI	HEPARINA	TEC GRAVE
18	CIRUGIA	60	M	NO	PROFILAXIS POP USO DE AINE MENOR A 7 DIAS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	COLECISTITIS AGUDA LITIASICA

19	CIRUGIA	70	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE AINES AGUDO	SI	SI	VIV	SI	NO DESCRITO	COLECISTITIS AGUDA LITIASICA, PANCREATITIS
20	MEDICINA INTERNA	78	F	SI	GASTRITIS ASOCIADA A AINES	NO	SI	VO	SI	MELOXICAN	TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA
21	MEDICINA INTERNA	84	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	NAC
22	MEDICINA INTERNA	87	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIACOAGULANTES	SI	SI	VIV	NO	WARFARINA	ITU, TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA
23	MEDICINA INTERNA	65	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE AINES AGUDO	SI	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	DIABETES MELLITUS II, PIE DIABETICO
24	MEDICINA INTERNA	60	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE AINES AGUDO	SI	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	PIELONEFRITIS
25	MEDICINA INTERNA	91	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIACOAGULANTES	NO	SI	VIV	SI	NO DESCRITO	FIBROSIS PULMONAR, NEUMONIA INTRAHOSPITALARIA, POSTRADO CRONICO
26	MEDICINA INTERNA	81	F	NO	PROFILAXIS POR USO DE AINE MENOR A 7 DIAS	NO	NO	VO	NO	NO DESCRITO	GONARTROSIS DE RODILLA
27	MEDICINA INTERNA	77	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	SINTOMATICO RESPIRATORIO
28	MEDICINA INTERNA	78	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	ENTERITIS AGUDA, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRONICA
29	MEDICINA INTERNA	71	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	CIRROSIS HEPATICA
30	MEDICINA INTERNA	66	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	NEUMOCONIOSIS
31	MEDICINA INTERNA	74	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	SINDROME ICTERICO
32	MEDICINA INTERNA	75	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	SINDROME CONVULSIVO
33	MEDICINA INTERNA	75	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIAGREGANTES	NO	SI	VIV	NO	WARFARINA	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA, FIBRILACION AURICULAR
34	MEDICINA INTERNA	80	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	BRONQUIECTASIAS INFECTADAS

35	MEDICINA INTERNA	66	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIACOAGULANTES	NO	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA
36	MEDICINA INTERNA	67	F	SI	DISPEPSIA NO INVESTIGADA	NO	SI	VIV	NO	METAMIZOL	FIBROSIS PULMONAR
37	MEDICINA INTERNA	85	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	ITU
38	MEDICINA INTERNA	60	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VO	NO	NO DESCRITO	NAC
39	MEDICINA INTERNA	86	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRONICA
40	MEDICINA INTERNA	100	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE AINES AGUDO	NO	NO	VIV	SI	MELOXICAN, ASPIRINA	NM DE COLON
41	MEDICINA INTERNA	67	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	BRONQUIECTASIAS INFECTADAS
42	MEDICINA INTERNA	70	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VO	NO	NO DESCRITO	PIELONEFRITIS
43	MEDICINA INTERNA	83	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	NAC
44	MEDICINA INTERNA	89	M	SI	TTO PROFILACTICO PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS POR COAGULOPATIA	SI	SI	VIV	SI	NO DESCRITO	DESNUTRICION PLURICARENAL
45	MEDICINA INTERNA	76	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VO	NO	NO DESCRITO	FIBROSIS PULMONAR
46	MEDICINA INTERNA	68	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	ASMA BRONQUIAL
47	MEDICINA INTERNA	65	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIAGREGANTE	NO DESCRITO	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	FIBRILACION AURICULAR, INSUFICIENCIA CARDIACA
48	MEDICINA INTERNA	69	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	BRONQUIECTASIAS INFECTADAS, FIBROSIS PULMONAR
49	MEDICINA INTERNA	86	F	NO	APARENTEMENTE POR ERROR DE DIAGNOSTICO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	COLECISTITIS CRONICA LITIASICA REAGUDIZADA
50	MEDICINA INTERNA	74	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIACOAGULANTES	SI	SI	VIV	NO	WARFARINA	TRASTORNO DE COAGULACION, FIBRILACION AURICULAR

51	MEDICINA INTERNA	87	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ISRS Y ANTIAGREGANTE	SI	SI	VIV	SI	SERTRALINA	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRONICA, FIBROSIS PULMONAR
52	MEDICINA INTERNA	65	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIAGREGANTE	NO	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	ITU, DM II
53	MEDICINA INTERNA	85	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIAGREGANTE	NO	SI	VIV	NO	ACIDO ACETIL SALICILICO	NAC
54	CIRUGIA	83	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE AINES AGUDO	NO	SI	VIV	SI	NO DESCRITO	ESCARAS DE DECUBITO, SEPSIS
55	CIRUGIA	88	F	SI	TTO PROFILACTICO PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS POR SEPSIS	SI	SI	VIV	SI	NO DESCRITO	COLANGITIS AGUDA
56	CIRUGIA	65	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE AINES AGUDO	SI	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	COLECISTITIS CRONICA LITIASICA REAGUDIZADA
57	CIRUGIA	78	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	OBSTRUCCION INTESTINAL PARCIAL
58	CIRUGIA	65	F	SI	DISPEPSIA NO INVESTIGADA	NO DESCRITO	SI	VIV	SI	NO DESCRITO	COLEDOLITIASIS RESIDUAL
59	CIRUGIA	80	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	APENDICITIS AGUDA
60	CIRUGIA	80	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	HIDROCEFALEA
61	MEDICINA INTERNA	74	M	NO	PROFILAXIS POR USO DE AINE MENOR A 7 DIAS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	OBSTRUCCION INTESTINAL PARCIAL
62	CIRUGIA	62	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE AINES AGUDO	SI	SI	VO	SI	NO DESCRITO	COLECISTITIS AGUDA LITIASICA
63	CIRUGIA	74	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	COLECISTITIS CRONICA LITIASICA REAGUDIZADA
64	CIRUGIA	87	F	SI	GASTRITIS ASOCIADA A AINES	NO	NO	VIV	NO	CELECOXIB	ABCESO SUBHEPATICO
65	CIRUGIA	72	M	NO	PROFILAXIS POR USO DE AINE MENOR A 7 DIAS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	COLECISTITIS CRONICA LITIASICA REAGUDIZADA
66	CIRUGIA	63	M	SI	DISPEPSIA NO INVESTIGADA	NO	NO	VO	SI	NO DESCRITO	VESICULA ESCLEROATROFICA, COLECISTITIS CRONICA LITIASICA
67	CIRUGIA	74	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR USO DE ISRS SIN OTRO MEDICAMENTO GASTROLESIVO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	ORQUIPIDIDIMITIS
68	MEDICINA INTERNA	63	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTICOAGULANTES	NO	SI	VIV	SI	WARFARINA	ATAQUE ISQUEMICO TRANSITORIO, FIBRILACION AURICULAR

69	MEDICINA INTERNA	85	M	SI	PREVENCION DE RESANGRADO DIGESTIVO ALTO SECUNDARIO A ULCERA GASTRODUENAL	SI	NO	VIV	SI	NO DESCRITO	HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA, ULCERA GASTRICA
70	MEDICINA INTERNA	84	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIAGREGANTE	NO	SI	VIV	NO	ACIDO ACETIL SALICILICO	HTA
71	MEDICINA INTERNA	83	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	ANEMIA MICROCITICA HIPOCROMICA, HTA
72	MEDICINA INTERNA	65	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	NAC
73	MEDICINA INTERNA	79	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIAGREGANTE	SI	SI	VIV	NO	ACIDO ACETIL SALICILICO	COR PULMONAR, FIBROSIS PULMONAR
74	CIRUGIA	74	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTICOAGULANTES	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	FIBRILACION AURICULAR, CIA
75	CIRUGIA	92	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	OBSTRUCCION INTESTINAL
76	MEDICINA INTERNA	82	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTICOAGULANTES	SI	SI	VIV	NO	WARFARINA	HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL, TVP
77	MEDICINA INTERNA	82	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRONICA, FIBROSIS PULMONAR, NAC
78	MEDICINA INTERNA	81	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRONICA, FIBROSIS PULMONAR, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA
79	MEDICINA INTERNA	84	F	SI	DISPEPSIA NO INVESTIGADA	NO DESCRITO	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRONICA, FIBROSIS PULMONAR
80	MEDICINA INTERNA	82	M	SI	TRATAMIENTO DE ULCERA GASTRICA	NO DESCRITO	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	CIRROSIS HEPATICA
81	MEDICINA INTERNA	92	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTICOAGULANTES	NO DESCRITO	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA, NAC
82	MEDICINA INTERNA	86	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTICOAGULANTES	NO	SI	VIV	NO	ACIDO ACETIL SALICILICO	ACV ISQUEMICO, DM II
83	MEDICINA INTERNA	76	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VO	NO	NO DESCRITO	DM II, ITU
84	MEDICINA INTERNA	67	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTICOAGULANTES	NO DESCRITO	SI	VIV	NO	WARFARINA	INSUFICIENCIA CARDIACA, FIBRILACION AURICULAR
85	MEDICINA INTERNA	66	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ISRS Y AINES	NO DESCRITO	SI	VIV	SI	NO DESCRITO	SINDROME CONFUSIONAL AGUDO

86	MEDICINA INTERNA	80	F	SI	DISPEPSIA NO INVESTIGADA	SI	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	DM II, HTA,
87	MEDICINA INTERNA	71	F	SI	TTO PROFILACTICO PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS POR PANCREATITIS AGUDA	NO	SI	VIV	SI	NO DESCRITO	PANCREATITIS AGUDA, COLECISTITIS AGUDA
88	MEDICINA INTERNA	86	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	FARINGOAMIGALITIS, HTA
89	MEDICINA INTERNA	73	F	SI	GASTRITIS ASOCIADA A AINES	NO DESCRITO	SI	VIV	NO	ACIDO ACETIL SALICILICO	FIBRILACION AURICULAR, HTP
90	MEDICINA INTERNA	85	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIAGREGANTE	NO DESCRITO	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	ACV ISQUEMICO, FIBROSIS PULMONAR
91	CIRUGIA	62	M	NO	PROFILAXIS POR USO DE AINE MENOR A 7 DIAS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	APENDICITIS AGUDA
92	MEDICINA INTERNA	66	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIAGREGANTE	SI	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA, NAC
93	CIRUGIA	62	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE AINES AGUDO	SI	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	COLECISTITIS AGUDA LITIASICA, HIDROCOLECISTO
94	CIRUGIA	69	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE AINES AGUDO	NO	SI	VIV	SI	NO DESCRITO	COLECISTITIS AGUDA LITIASICA
95	CIRUGIA	73	M	NO	PROFILAXIS POR USO DE AINE MENOR A 7 DIAS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	COLECISTITIS AGUDA LITIASICA
96	CIRUGIA	75	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	EVENTRACION ABOMINAL
97	CIRUGIA	80	F	SI	DISPEPSIA NO INVESTIGADA	NO	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	COLECISTITIS CRONICA LITIASICA
98	CIRUGIA	60	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	COLECISTITIS AGUDA LITIASICA
99	CIRUGIA	63	F	NO	PROFILAXIS POR USO DE AINE MENOR A 7 DIAS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	COLECISTITIS AGUDA LITIASICA
100	CIRUGIA	65	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	COLECISTITIS CRONICA LITIASICA
101	CIRUGIA	68	M	NO	PROFILAXIS POR USO DE AINE MENOR A 7 DIAS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	EVENTRACION ABOMINAL
102	CIRUGIA	80	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	COLECISTITIS CRONICA LITIASICA
103	CIRUGIA	68	M	SI	GASTRITIS EROSIVA ASOCIAA A AINES VS HELICOBACTER PYLORI	SI	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	COLECISTITIS CRONICA LITIASICA
104	CIRUGIA	63	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	COLECISTITIS CRONICA LITIASICA, HERNIA UMBILICAL

105	CIRUGIA	82	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	COLECISTITIS CRONICA LITIASICA
106	CIRUGIA	76	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE AINES AGUDO	NO	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	COLEDOCOLITIASIS
107	MEDICINA INTERNA	74	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIAGREGANTE	NO	SI	VIV	NO	ACIDO ACETIL SALICILICO	NAC, FIBROSIS PULMONAR, FIBRILACION AURICULAR
108	MEDICINA INTERNA	65	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VO	NO	NO DESCRITO	ACV ISQUEMICO, ITU, DM II, HTA
109	MEDICINA INTERNA	92	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	NAC, ITU, INSUFICIENCIA RENAL CRONICA REAGUDIZADA
110	MEDICINA INTERNA	84	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIAGREGANTE	NO DESCRITO	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	DM II, INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, NAC, ITU
111	MEDICINA INTERNA	87	F	NO	APARENTEMENTE POR ERROR DE DIAGNOSTICO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA
112	MEDICINA INTERNA	70	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTICOAGULANTES	NO	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	FIBRILACION AURICULAR
113	MEDICINA INTERNA	66	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	ACV HEMORRAGICO, HTA
114	MEDICINA INTERNA	81	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIAGREGANTE	SI	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	DM II, SEPSIS DE FOCO PULMONAR, , PIE DIABETICO
115	MEDICINA INTERNA	73	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	FIBROSIS PULMONAR, HIPERTENSION PULMONAR
116	MEDICINA INTERNA	85	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIAGREGANTE	SI	SI	VIV	SI	NO DESCRITO	ACV ISQUEMICO, HTA
117	MEDICINA INTERNA	76	F	SI	GASTRITIS ATROFICA DE ETIOLOGIA A DETERMINAR	SI	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	ANEMIA MEGALOBLASTICA
118	MEDICINA INTERNA	98	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIAGREGANTE	NO DESCRITO	SI	VIV	SI	NO DESCRITO	ACV ISQUEMICO, HTA, ITU
119	MEDICINA INTERNA	88	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIAGREGANTE Y ANTICOAGULANTE	NO DESCRITO	SI	VIV	SI	NO DESCRITO	ACV ISQUEMICO, HTA
120	MEDICINA INTERNA	88	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIAGREGANTE, ANTICOAGULANTE Y AINES	SI	SI	VIV	SI	NO DESCRITO	SEPSIS DE FOCO PULMONAR Y DERMICO, NIH, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA
121	MEDICINA INTERNA	89	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTICOAGULANTES	NO DESCRITO	SI	VIV	NO	ACIDO ACETIL SALICILICO	ACV ISQUEMICO, HTA
122	MEDICINA INTERNA	61	M	SI	GASTRITIS CRONICA DE ETIOLOGIA A DETERMINAR	NO	SI	VO	SI	NO DESCRITO	DIARREA CRONICA FUNCIONAL

123	MEDICINA INTERNA	65	F	SI	TTO PROFILACTICO PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS POR PANCREATITIS AGUDA	NO	SI	VIV	SI	NO DESCRITO	PANCREATITIS AGUDA, NIH, DM II
124	MEDICINA INTERNA	81	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIAGREGANTE	NO	SI	VIV	NO	ACIDO ACETIL SALICILICO	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRONICA, NAC, FIBROSIS PULMONAR
125	MEDICINA INTERNA	80	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIAGREGANTE Y AINES	SI	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	PIE DIABETICO, DM II, HBP
126	MEDICINA INTERNA	87	M	SI	DISPEPSIA NO INVESTIGADA	NO DESCRITO	SI	VIV	SI	NO DESCRITO	DESNUTRICION PLURICARENCIAL, INSUFICIENCIA RENAL
127	MEDICINA INTERNA	89	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	NAC, CA DE VEJIGA
128	MEDICINA INTERNA	72	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIAGREGANTE	SI	SI	VIV	SI	NO DESCRITO	FIBROSIS PULMONAR, DM II
129	MEDICINA INTERNA	82	F	SI	PREVENCION DE RESANGRADO DIGESTIVO ALTO SECUNDARIO A ULCERA GASTRODUENAL	SI	NO	VIV	SI	NO DESCRITO	HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA, ULCERA GASTRICA
130	MEDICINA INTERNA	81	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTICOAGULANTES	SI	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA, HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA
131	MEDICINA INTERNA	72	F	NO	APARENTEMENTE POR ERROR DE DIAGNOSTICO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	GASTROENTERITIS AGUA, ITU
132	MEDICINA INTERNA	82	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIAGREGANTE	NO DESCRITO	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	ACV ISQUEMICO, HTA, NIH
133	CIRUGIA	76	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	COLECISTITIS AGUDA LITIASICA
134	CIRUGIA	61	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	COLECISTITIS CRONICA LITIASICA
135	CIRUGIA	71	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	COLECISTITIS AGUDA LITIASICA, PIOCOLECISTO
136	CIRUGIA	67	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	APENDICITIS AGUDA
137	CIRUGIA	75	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	HERNIA CRURAL
138	CIRUGIA	67	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	COLECISTITIS AGUDA LITIASICA, PIOCOLECISTO

139	CIRUGIA	77	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	COLECISTITIS CRONICA LITIASICA
140	CIRUGIA	73	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	OBSTRUCCION INTESTINAL
141	CIRUGIA	64	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VO	NO	NO DESCRITO	COLECISTITIS CRONICA LITIASICA
142	CIRUGIA	75	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	APENDICITIS AGUDA
143	CIRUGIA	74	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE AINES Y POR ANTECEDENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA	SI	SI	VIV	SI	NO DESCRITO	COLECISTITIS AGUDA LITIASICA
144	CIRUGIA	67	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	HERNIA INGUINAL DIRECTA
145	CIRUGIA	64	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	OBSTRUCCION INTESTINAL
146	CIRUGIA	80	M	SI	TTO PROFILACTICO PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS POR TEC GRAVE	SI	SI	VIV	SI	NO DESCRITO	HEMATOMA SUBDURAL HEMORRAGICO, TEC, ACV MULTIINFARTO
147	CIRUGIA	81	F	NO	PROFILAXIS POR USO DE AINE MENOR A 7 DIAS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	CELULITIS DE PIERNA ISQUIERDA
148	CIRUGIA	61	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE AINES	NO	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	ABSCESO EN PIERNA ISQUIERDA
149	CIRUGIA	65	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	ABSCESO HEPATICO, DM II, HTA
150	CIRUGIA	88	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	COLECISTITIS CRONICA LITIASICA
151	CIRUGIA	65	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	APENDICITIS AGUDA
152	CIRUGIA	66	M	SI	ERGE EROSIVA	SI	NO	VO	SI	NO DESCRITO	HERNIA HIATAL
153	CIRUGIA	61	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIAGREGANTE Y ANTICOAGULANTE	SI	SI	VO	SI	NO DESCRITO	PIE DIABETICO, DM II
154	MEDICINA INTERNA	93	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	ITU

155	CIRUGIA	95	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE AINES	SI	SI	VIV	SI	NO DESCRITO	COLECISTITIS CRONICA LITIASICA
156	CIRUGIA	63	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	POLIPOSIS VESICULAR
157	CIRUGIA	62	M	SI	DISPEPSIA NO INVESTIGADA	NO DESCRITO	NO	VO	SI	NO DESCRITO	APENDICITIS AGUDA
158	CIRUGIA	82	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	HERNIA INGUINAL INDIRECTA
159	CIRUGIA	68	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	PROCESO EXPANSIVO INTRACRANEAL
160	GINECOLOGIA	84	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	PROLAPSO DE CUPULA VAGINAL
161	GINECOLOGIA	64	F	SI	DISPEPSIA NO INVESTIGADA	NO DESCRITO	SI	VO	SI	NO DESCRITO	DEHISCENCIA DE COLPOPERINEORRAFIA
162	GINECOLOGIA	64	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	URETROCISTOCELE
163	GINECOLOGIA	67	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VO	NO	NO DESCRITO	PROLAPSO DE UTERO
164	GINECOLOGIA	65	F	SI	DISPEPSIA NO INVESTIGADA	NO	SI	VIV	SI	NO DESCRITO	URETROCISTOCELE
165	GINECOLOGIA	64	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VO	NO	NO DESCRITO	HEMORRAGIA UTERINA POST MENOPAUSEA
166	GINECOLOGIA	64	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	MIOMATOSIS
167	GINECOLOGIA	65	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	URETROCISTOCELE
168	GINECOLOGIA	66	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VO	NO	NO DESCRITO	URETROCISTOCELE, RECTOCELE
169	GINECOLOGIA	66	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE AINES Y POR ANTECEDENTE DE GASTRITIS CRONICA	NO DESCRITO	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	URETROCELE, QUISTE OVARICO
170	GINECOLOGIA	68	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VO	NO	NO DESCRITO	HEMATOMA DE CUPULA VAGINAL
171	GINECOLOGIA	63	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VO	NO	NO DESCRITO	PROLAPSO GENITAL

172	GINECOLOGIA	65	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	MIOMATOSIS
173	GINECOLOGIA	64	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	ENTEROCELE
174	GINECOLOGIA	66	F	NO	PROFILAXIS POR USO DE AINE MENOR A 7 DIAS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	QUISTE ANEXIAL DERECHO
175	GINECOLOGIA	60	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE AINES	SI	NO	VIV	SI	NO DESCRITO	URETROCELE, HISTEROCELE
176	CIRUGIA	80	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE AINES Y ISRS	NO	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	EVENTRACION ABOMINAL, DERRAME PLEURAL
177	MEDICINA INTERNA	85	M	SI	DISPEPSIA NO INVESTIGADA	SI	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	NAC, CA DE PROSTATA
178	MEDICINA INTERNA	85	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	ITU, ANEMIA CRONICA, HBP
179	MEDICINA INTERNA	86	M	SI	PREVENCION DE RESANGRADO DIGESTIVO ALTO SECUNDARIO A ULCERA GASTRODUENAL	SI	NO	VIV	SI	MELOXICAN, DICLOFENACO	ULCERA GASTRICA, HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA, ANEMIA NORMOCITICA NORMOCROMICA
180	MEDICINA INTERNA	83	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIAGREGANTE	NO	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	ITU, DMII, HBP
181	MEDICINA INTERNA	79	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIAGREGANTE Y ANTICOAGULANTE	NO	SI	VIV	SI	WARFARINA	ACV ISQUEMICO, FIBRILACION AURICULAR, NEUMONIA ASPIRATIVA, DM II
182	MEDICINA INTERNA	62	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTICOAGULANTE Y CORTICOIDES	SI	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	ARTRITIS REUMATOIDEA, POLISEROSITIS
183	MEDICINA INTERNA	66	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRONICA, FIBROSIS PULMONAR
184	MEDICINA INTERNA	66	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIAGREGANTE	NO DESCRITO	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRONICA, FIBROSIS PULMONAR
185	MEDICINA INTERNA	78	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTICOAGULANTE	NO DESCRITO	SI	VIV	NO	ACIDO ACETIL SALICILICO	TBC PERICARDICA, DERRAME PLEURAL, INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA
186	MEDICINA INTERNA	83	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	ITU, TRASTORNO HIDROELECTROLITICO
187	MEDICINA INTERNA	72	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	ITU, POSTRADO CRONICO

188	MEDICINA INTERNA	64	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	NIH, FIBROSIS PULMONAR, INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA
189	MEDICINA INTERNA	71	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	DM II, HIPOGLICEMIA
190	MEDICINA INTERNA	71	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	DM II, ITU
191	MEDICINA INTERNA	66	M	SI	TTO PROFILACTICO PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS POR PANCREATITIS AGUDA	SI	SI	VIV	SI	NO DESCRITO	PANCREATITIS AGUDA, COLECISTITIS CRONICA LITIASICA
192	MEDICINA INTERNA	71	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	DM II, RETINOPATIA DIABETICA
193	MEDICINA INTERNA	63	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE AINES Y CORTICOIDES	SI	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	APLASTAMIENTO VERTEBRAL, OSTEOPOROSIS
194	MEDICINA INTERNA	92	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE AINES Y ANTICOAGULANTES	NO DESCRITO	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	INSUFICIENCIA ARTERIAL, FIBROSIS PULMONAR, HTA
195	MEDICINA INTERNA	92	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIAGREGANTE	NO DESCRITO	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	NAC, FIBROSIS PULMONAR, HTA
196	MEDICINA INTERNA	91	F	SI	TTO PROFILACTICO PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS POR PANCREATITIS AGUDA	SI	SI	VIV	SI	NO DESCRITO	PANCREATITIS AGUA, FIBROSIS PULMONAR
197	MEDICINA INTERNA	76	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE AINES	NO	SI	VIV	SI	NO DESCRITO	ESTENOSIS ESOFAGICA POR TBC ESOFAGICA, DESNUTRICION PLURICARENCIAL
198	MEDICINA INTERNA	75	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	TBC ESOFAGICA, DESNUTRICION PLURICARENCIAL
199	MEDICINA INTERNA	75	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	TBC ESOFAGICA Y LARINGEA, ESTENOSIS ESOFAGICA, RAFA DERMICA
200	MEDICINA INTERNA	64	F	SI	GASTRITIS ASOCIADA A AINES	SI	SI	VIV	NO	PREDNISONA	NAC, GASTROPATIA MEDICAMENTOSA, ARTRITIS REUMATOIDE
201	MEDICINA INTERNA	76	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE AINES	NO DESCRITO	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	GONARTROSIS DE RODILLA
202	MEDICINA INTERNA	73	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIAGREGANTE	NO DESCRITO	SI	VIV	SI	NO DESCRITO	ACV ISQUEMICO, CRISIS HIPERTENSIVA

203	MEDICINA INTERNA	62	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTICOAGULANTES Y CORTICOIDES	SI	SI	VIV	SI	ACIDO ACETIL SALICILICO	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRONICA, FIBROSIS PULMONAR
204	MEDICINA INTERNA	82	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIAGREGANTE Y ANTICOAGULANTE	SI	SI	VIV	SI	NO DESCRITO	ENCEFALITIS VIRAL, NAC, ALZHEIMER
205	CIRUGIA	63	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VO	NO	NO DESCRITO	INSUFICIENCIA VENOSA, CELULITIS DE MIEMBRO INFERIOR, ONICOMICOSIS
206	CIRUGIA	65	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE AINES Y ANTICOAGULANTE	SI	NO	VIV	SI	NO DESCRITO	RESTITUCION DEL TRANSITO INTESTINAL
207	CIRUGIA	67	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE AINES	SI	NO	VIV	SI	NO DESCRITO	RESTITUCION DEL TRANSITO INTESTINAL
208	CIRUGIA	76	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	APENDICITIS AGUDA
209	MEDICINA INTERNA	69	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRONICA, FIBROSIS PULMONAR, DM II, HTA
210	CIRUGIA	77	F	SI	DISPEPSIA NO INVESTIGADA	NO	SI	VIV	SI	NO DESCRITO	DESNUTRICION PLURICARENAL, INVAGINACION DE MUÑON DE ILEOSTOMIA
211	CIRUGIA	76	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	HERNIA CRURAL
212	CIRUGIA	72	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	HERNIA INGUINAL
213	CIRUGIA	89	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	COLEDOCOLITIASIS
214	CIRUGIA	65	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	CELULITIS DE PIERNA
215	CIRUGIA	60	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE AINES	SI	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	COLECISTITIS CRONICA LIASICA
216	CIRUGIA	87	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	HEMORROIDES DE III GRADO

217	CIRUGIA	88	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	APENDICITIS AGUDA
218	CIRUGIA	73	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VO	NO	NO DESCRITO	COLECISTITIS CRONICA LITIASICA
219	CIRUGIA	66	M	SI	DISPEPSIA NO INVESTIGADA	NO	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	HERNIA INGUINAL
220	CIRUGIA	73	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE AINES Y ANTIAGREGANTE	NO DESCRITO	SI	VIV	SI	ACIDO ACETIL SALICILICO	OBSTRUCCION INTESTINAL
221	CIRUGIA	73	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	COLECISTITIS AGUA LITIASICA
222	CIRUGIA	83	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE AINES	SI	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	COLECISTITIS AGUA LITIASICA
223	CIRUGIA	75	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	APENDICITIS AGUDA
224	MEDICINA INTERNA	64	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIAGREGANTES	SI	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	ACV ISQUEMICO, HTA
225	MEDICINA INTERNA	76	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	NAC, HTA
226	MEDICINA INTERNA	77	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIAGREGANTES Y ANTICOAGULANTES	NO DESCRITO	SI	VO	SI	ACIDO ACETIL SALICILICO	FIBRILACION AURICULAR
227	MEDICINA INTERNA	75	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS POR POLIFARMACIA CON MEDICAMENTOS NO GASTROLESIVOS	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	NEUMONIA INTRAHOSPITALARIA
228	MEDICINA INTERNA	75	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIAGREGANTES	SI	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	TIA
229	MEDICINA INTERNA	87	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTICOAGULANTES Y CORTICOIDES	NO	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	FIBRILACION AURICULAR, GONARTROSIS
230	MEDICINA INTERNA	94	F	SI	DISPEPSIA NO INVESTIGADA	NO	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	GONARTROSIS DE RODILLA
231	MEDICINA INTERNA	67	M	SI	TTO PROFILACTICO PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS POR PANCREATITIS AGUDA	SI	SI	VIV	SI	NO DESCRITO	PANCREATITIS AGUA, COLEDOCOLITIASIS
232	MEDICINA INTERNA	60	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	NAC, HTA
233	MEDICINA INTERNA	88	M	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTIAGREGANTES	NO DESCRITO	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	ACV ISQUEMICO

234	MEDICINA INTERNA	72	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	ITU, DEMENCIA SENIL
235	MEDICINA INTERNA	70	F	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	NAC
236	MEDICINA INTERNA	91	M	NO	APARENTEMENTE PROFILAXIS PARA ULCERAS GASTROINTESTINALES POR ESTRÉS EN PATOLOGIA NO CRITICA O DE BAJO RIESGO	NO	NO	VIV	NO	NO DESCRITO	PIELONEFRITIS
237	MEDICINA INTERNA	89	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE AINES AGUDO	SI	SI	VIV	NO	NO DESCRITO	EPOC, FIBROSIS PULMONAR
238	MEDICINA INTERNA	84	F	SI	TTO PROFILACTICO DE GASTROPATIAS SECUNDARIA A USO DE ANTICOAGULANTES	SI	SI	VIV	NO	WARFARINA	INSUFICIENCIA CARDIACA, FIBRILACION AURICULAR