

Recomendación de “no hacer” sobre los Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP): análisis de la situación en Asturias

PROYECTO NO HACER: INFORME DE SITUACIÓN

Servicio de Salud del Principado de Asturias, junio 2023





Título del documento	Recomendación de “no hacer” sobre los Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP): análisis de la situación en Asturias	
Tipo de documento	Informe de situación	
Fecha	5 de junio de 2023	
Autoría	Sara de la Rosa de Súa. <i>Oficina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Oetspa)</i>	
Revisión	Sara González Alonso. <i>Oetspa</i> Elvira Muslera Canclini. <i>Oetspa</i>	
Grupo de trabajo	Pedro Luis Abad Requejo José Miguel Álvarez Cabo Leandro Bousquets Toral Juan José Corte García Manuel A. Fernández Barrial Isabel Gómez de Oña Sara González Alonso José Gutiérrez Rodríguez Jorge Jiménez Arce Eva López Álvarez	Gracia Madroño Riaño Edurne Mezquita Yarza Elvira Muslera Canclini Enrique Oltra Rodríguez Ana Pérez Santillana Pablo Pérez Solís Alba Riesgo García Sara de la Rosa de Súa Adolfo Suárez González María Ludivina Tomás Suárez
Extracción de datos	Evaristo Bayón Castaño. <i>Subdirección de Infraestructuras y Servicios Técnicos</i> Irene López Covián. <i>Subdirección de Infraestructuras y Servicios Técnicos</i>	

El contenido del presente informe es responsabilidad exclusiva de la Oficina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Oetspa, sin que la colaboración de los servicios externos presuponga por su parte la completa aceptación del mismo.

Declaración de intereses: los autores declaran que no ha existido ningún tipo de conflicto de interés en la elaboración de este documento. Este documento puede ser reproducido parcial o totalmente para uso no comercial, siempre que se cite explícitamente su procedencia.

El Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Principado de Asturias ha revisado el estudio (cód CEImPA 2022.468) y ha considerado que reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y, en consecuencia, emite su autorización.

1. ANTECEDENTES

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad puso en marcha en abril de 2013 el proyecto “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España”, conocido como **Proyecto No Hacer**, en coordinación y como respuesta a una propuesta de la Sociedad Española de Medicina Interna para acordar recomendaciones de “no hacer” basadas en la evidencia científica. El objetivo principal de este proyecto es disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias, entendiendo por innecesarias aquellas que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias. En cada Sociedad Científica se conformó un panel de expertos que priorizó, mediante el Método Delphi, cinco recomendaciones de “no hacer” basadas en la evidencia científica.

En Asturias, la Oficina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Oetspa) se encarga de la identificación, selección, difusión, puesta en marcha y evaluación de estas recomendaciones. En el año 2018, se decide trabajar con la Sociedad Asturiana de Patología Digestiva una de sus recomendaciones: **“No prescribir inhibidores de la bomba de protones (IBP) como gastroprotección en pacientes sin factores de riesgo de complicaciones gastrointestinales”**. Se realizaron entonces diversas acciones: un curso de teleformación, difusión de una píldora formativa para profesionales y envío de los listados de pacientes con prescripción inadecuada de IBP a los responsables de farmacia de Atención Primaria de cada área sanitaria, para que fuesen revisados por los profesionales.

A finales del año 2022 se decide constituir un grupo de trabajo formado por profesionales de distintas Sociedades Científicas para seguir llevando a cabo acciones que permitan implementar esta recomendación de “no hacer”. El grupo está formado por representantes de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, Sociedad Española de Patología Digestiva, Sociedad Española de Medicina Interna, Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, Sociedad Asturiana de Medicina Familiar y Comunitaria, Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, Sociedad de Enfermería de Atención Primaria, Sociedad Española de Farmacia de Atención Primaria, Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria y el Equipo de Gestión del Uso de Medicamentos (Egumpa).

2. OBJETIVOS

Los objetivos de este informe son dos:

- Presentar el estudio que se llevó a cabo para conocer la situación de la recomendación en Asturias en dos periodos diferentes: primer semestre de 2018 y primer semestre de 2022.
- Recoger las acciones de intervención propuestas por el grupo de trabajo.

3. ESTUDIO ANALÍTICO

El objetivo principal de este estudio fue estimar el porcentaje de prescripciones inadecuadas de IBP en el Servicio de Salud del Principado de Asturias (Sespa) en dos periodos de tiempo diferentes: primer semestre de 2018 y primer semestre de 2022.

Recomendación de “no hacer”

La recomendación de “no hacer” de la Sociedad Española de Patología Digestiva que se trabaja en este estudio es la siguiente: “No prescribir inhibidores de la bomba de protones (IBP) como gastroprotección en pacientes sin factores de riesgo de complicaciones gastrointestinales”.

Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión que se aplicaron se describen a continuación:

Fecha: dos descargas independientes:

- Enero-junio de 2018 (6 meses)
- Enero-junio 2022 (6 meses)

Condiciones que debían cumplir los pacientes:

- Edad mayor o igual de 14 años (desde el primer día de los seis meses)
- y
- Prescripción activa de un IBP con 5 o más envases retirados en los seis meses

Variables incluidas en el estudio

Para cada listado de pacientes se solicitaron las siguientes variables:

- ASTU (identificación del paciente), sexo, fecha de nacimiento, centro de salud, área sanitaria, CIAS (identificación del personal de medicina).
- Presencia (sí/no) de los siguientes episodios abiertos en algún momento en los seis meses (un *episodio abierto* es aquel no resuelto, susceptible de contener actividad nueva, por lo que aún no tiene fecha final):
 - A78 (otras enfermedades infecciosas, como la infección por *Helicobacter Pylori*)
 - D14 (hematemesis/vómito de sangre)



- D15 (melena)
 - D70 (infección gastrointestinal, como la infección por Helicobacter Pylori)
 - D84 (enfermedades del esófago)
 - D85 (úlcera duodenal)
 - D86 (otras úlceras pépticas)
 - D87 (alteraciones funcionales del estómago)
- Presencia (sí/no) de los siguientes episodios cerrados, es decir, antecedentes (un episodio abierto se convierte en *episodio cerrado* cuando ya ha sido superado, por lo que tiene fecha de inicio y fecha final):
 - D14 (hematemesis/vómito de sangre)
 - D15 (melena)
 - D84 (enfermedades del esófago)
 - D85 (úlcera duodenal)
 - D86 (otras úlceras pépticas)

Los códigos anteriores de los episodios abiertos y cerrados corresponden a la Clasificación Internacional de la Atención Primaria² (CIAP-2).

- Número de envases de los siguientes medicamentos retirados en los seis meses (ver códigos en el anexo de este informe):
 - IBP
 - AINE
 - Antiagregantes
 - Anticoagulantes
 - Corticoides
 - Antidepresivos ISRS
 - Otros antidepresivos

Indicaciones para prescribir IBP

Los IBP están indicados³ principalmente en enfermedades relacionadas con la secreción ácida gástrica y para la prevención de gastropatías secundarias a fármacos.

- Enfermedades relacionadas con la secreción ácida gástrica:

- Tratamiento de la úlcera gastroduodenal.
- Erradicación de *Helicobacter pylori*.
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) incluyendo la enfermedad de Barrett.
- Tratamiento del síndrome Zollinger-Ellison.
- Dispepsia funcional tipo pirosis (fuera de ficha técnica).

Por lo tanto, todos los casos de nuestro estudio que tuvieran alguna de las enfermedades anteriores debían ser clasificados como prescripciones de IBP adecuadas. Para identificar estas enfermedades en los Sistemas de Información, puesto que no todas vienen identificadas con un único código, pedimos todos los episodios abiertos que se describieron en la sección anterior. Es decir, consideramos como enfermedad relacionada con la secreción ácida gástrica la presencia de cualquiera de los episodios abiertos solicitados.

- Prevención de gastropatías secundarias a fármacos:

En la siguiente tabla se muestran las indicaciones actuales de prescripción de IBP en función de los antecedentes del paciente y los medicamentos gastrolesivos que esté consumiendo.

Tabla 1. Indicaciones para la prescripción de IBP en la profilaxis de gastropatías secundarias a fármacos gastrolesivos

	Antecedentes de HDA o úlcera péptica	No asociado a otros fármacos gastrolesivos		Asociados a otros fármacos gastrolesivos	
		<65 años	>= 65 años	<65 años	>= 65 años
AINE	SÍ	NO	SÍ	SÍ	
Antiagregantes	SÍ	NO	SÍ	SÍ (incluida doble antiagregación)	
Anticoagulantes	SÍ	NO	SÍ	SÍ	
Corticoides	SÍ	NO		SÍ	
ISRS	SÍ	NO	SÍ	SÍ	
Otros antidepressivos	SÍ	NO	SÍ	SÍ	

Para clasificar nuestros casos según la tabla anterior, consideramos como antecedentes de hemorragia digestiva alta (HDA) o úlcera péptica la presencia de cualquiera de los episodios cerrados descritos en la sección anterior.

En resumen, teniendo en cuenta las dos indicaciones anteriores, para nuestro estudio consideramos como adecuadas todas las prescripciones de IBP que tuvieran algún episodio abierto en los seis meses considerados o fueran un Sí en la tabla anterior.

Resultados y análisis

Lo primero que debemos recalcar es que para este estudio se ha considerado como criterio de inclusión la prescripción de 5 o más envases de IBP en seis meses, por lo tanto, no se están incluyendo aquellos pacientes que han tomado IBP de manera puntual, sino solo aquellos cuya prescripción de este medicamento es mantenida en el tiempo (al menos, durante esos seis meses). Este hecho supone que una prescripción inadecuada en estos pacientes repercute más negativamente en su salud que en aquellos que toman IBP de manera puntual, por lo que sería especialmente aconsejable su revisión por parte del profesional que la realiza.

La siguiente tabla muestra el número total de casos que cumplen los criterios de inclusión para los dos años de estudio, la tasa de prescripción por cada 1000 habitantes considerando como población aquella adscrita a Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) y la clasificación como prescripción de IBP adecuada o no atendiendo a las indicaciones descritas previamente.

Tabla 2. Tasa de prescripción de IBP por cada 1000 habitantes y porcentaje de prescripciones inadecuadas

Año	Total casos	Población adscrita TSI	Tasa por 1000 habitantes	Prescripciones IBP adecuadas	Prescripciones IBP no adecuadas
2018	119187	919502	129.62‰	93535 (78.48%)	25652 (21.52%)
2022	123564	906163	136.36‰	96303 (77.94%)	27261 (22.06%)

Observamos que en el año 2022 hay un ligero aumento en la tasa de prescripción por cada 1000 habitantes y también en el porcentaje de prescripciones inadecuadas.

Si realizamos el mismo análisis anterior distinguiendo por sexo, la tasa de prescripción por cada 1000 habitantes en las mujeres es más elevada que la tasa en los hombres en los dos años de estudio. Sin embargo, el porcentaje de prescripciones de IBP inadecuadas es ligeramente superior en los hombres que en las mujeres en los dos años.

Tabla 3. Tasa de prescripción de IBP por cada 1000 habitantes y porcentaje de prescripciones adecuadas e inadecuadas por sexo

Año	Sexo	Total casos	Población adscrita TSI	Tasa por 1000 habitantes	Prescripciones IBP adecuadas	Prescripciones IBP no adecuadas
2018	Hombre	49996 (41.95%)	435643	114.76‰	38515 (77.04%)	11481 (22.96%)
	Mujer	69191 (58.05%)	483859	143‰	55020 (79.52%)	14171 (20.48%)

2022	Hombre	52038 (42.11%)	428371	121.48‰	39855 (76.59%)	12183 (23.41%)
	Mujer	71526 (57.89%)	477792	149.70‰	56448 (78.92%)	15078 (21.08%)

En cuanto al análisis por edad se consideraron tres grupos: pacientes de menos de 65 años, pacientes entre 65 y 79 años y pacientes de edad igual o superior a 80 años. Como vemos en la Tabla 4, destaca el alto porcentaje de prescripciones inadecuadas en los pacientes menores de 65 años (42% en 2018 y 41% en 2022). Para los otros dos grupos de edad, este porcentaje es bastante similar (13% - 15%).

Tabla 4. Porcentaje de prescripciones de IBP adecuadas e inadecuadas por tramos de edad

Año	Edad	Total casos	Prescripciones IBP adecuadas	Prescripciones IBP no adecuadas
2018	<65	33880 (28.43%)	19784 (58.39%)	14096 (41.61%)
	[65,80)	46545 (39.05%)	39957 (85.85%)	6588 (14.15%)
	>=80	38762 (32.52%)	33794 (87.18%)	4968 (12.82%)
2022	<65	35760 (28.94%)	21026 (58.80%)	14734 (41.20%)
	[65,80)	51246 (41.47%)	43634 (85.15%)	7612 (14.85%)
	>=80	36558 (29.59%)	31643 (86.56%)	4915 (13.44%)

Se hicieron pruebas para analizar si a medida que disminuía la edad aumentaba el porcentaje de prescripciones inadecuadas. Para ello, se dividió el grupo de pacientes menores de 65 años en diferentes grupos de edad, pero el porcentaje de prescripciones inadecuadas apenas varió.

Si atendemos al análisis por área sanitaria, las tasas más elevadas las encontramos en las áreas II y VII para los dos años. En cuanto a los porcentajes de prescripciones inadecuadas, son las áreas VI y VIII las que los presentan más alto.

Tabla 5. Tasa de prescripción de IBP por cada 1000 habitantes y porcentaje de prescripciones adecuadas e inadecuadas por área sanitaria

Año	Área sanitaria	Total casos	Población adscrita TSI	Tasa por 1000 habitantes	Prescripciones IBP adecuadas	Prescripciones IBP no adecuadas
2018	I	4624	40101	115.31‰	3668 (79.33%)	956 (20.67%)
	II	3821	22955	166.46‰	3043 (79.64%)	778 (20.36%)
	III	13321	131751	101.11‰	10441 (78.38%)	2880 (21.62%)

	IV	30636	294818	103.92‰	23864 (77.90%)	6772 (22.10%)
	V	26794	264968	101.12‰	20678 (77.17%)	6116 (22.83%)
	VI	5916	42913	137.86‰	4476 (75.66%)	1440 (24.34%)
	VII	8880	56232	157.92‰	6778 (76.33%)	2102 (23.67%)
	VIII	9020	65764	137.16‰	6697 (74.25%)	2323 (25.75%)
2022	I	5484	38777	141.42‰	4300 (78.41%)	1184 (21.59%)
	II	4239	21507	197.10‰	3306 (77.99%)	933 (22.01%)
	III	16348	128841	126.89‰	12916 (79.01%)	3432 (20.99%)
	IV	36674	294465	124.54‰	28707 (78.28%)	7967 (21.72%)
	V	32780	263712	124.30‰	25423 (77.56%)	7357 (22.44%)
	VI	6899	42489	162.37‰	5214 (75.58%)	1685 (24.42%)
	VII	10266	53530	191.78‰	8070 (78.61%)	2196 (21.39%)
	VIII	10841	62842	172.51‰	8347 (76.99%)	2494 (23.01%)

De las indicaciones para prescribir IBP detalladas en la sección anterior se deduce que un paciente que no tenga ningún episodio abierto ni cerrado ni esté tomando ninguno de los medicamentos considerados excepto IBP (es decir, no esté tomando ni AINE, ni antiagregantes, ni anticoagulantes, ni corticoides, ni antidepresivos ISRS ni otros antidepresivos), tendría una prescripción inadecuada de IBP. La siguiente tabla recoge esta situación:

Tabla 6. Casos sin episodios abiertos ni antecedentes de úlcera o HDA ni dispensación de otro medicamento excepto IBP

Año	Total casos	Casos con ningún episodio abierto ni cerrado ni ningún medicamento excepto IBP
2018	119187	14221 (11.93%)
2022	123564	15446 (12.50%)

Como ya mencionamos en la sección anterior, para este estudio consideramos como adecuadas todas las prescripciones de IBP que tuvieran algún episodio abierto. Se puede dar el caso de episodios que ya han sido superados por el paciente pero que, por alguna razón, no

han sido cerrados en la historia clínica. Serían, por tanto, episodios que aparecerían como abiertos en la historia y que, por tanto, van a ser clasificados como prescripciones adecuadas, cuando en la realidad deberían ser episodios cerrados que no siempre justificarían la prescripción de un IBP.

Para tratar de acercarnos a esta situación, analizamos el número de pacientes del año 2022 que repitieron alguno de sus episodios abiertos en el año 2018 y que, por tanto, podrían ser episodios susceptibles de no haber sido cerrados en la historia clínica una vez finalizados.

Tabla 7. Casos con episodios abiertos en ambos años sin antecedentes de úlcera o HDA ni otros episodios abiertos y sin dispensación de otro medicamento excepto IBP

Año	Total casos	Casos con algún episodio abierto también abierto en el 2018	Casos con algún episodio abierto también abierto en el 2018, sin otros episodios abiertos ni cerrados y sin medicamentos excepto IBP
2022	123564	26917 (21.78%)	5110 (4.14%)

Observamos que hay un total de 26917 casos, lo que representa un 21.78% del total de pacientes de 2022. Puesto que estos pacientes pueden tener además otros episodios (abiertos o cerrados) o estar tomando algún medicamento que justifique su prescripción de IBP, aislamos aquellos casos que no tenían ningún otro episodio abierto (solo los repetidos en los dos años), ni episodios cerrados ni habían retirado ningún tipo de medicamento excepto IBP en ese año. Son 5110 pacientes, lo que representa un 4.14% del total. En estos casos, la prescripción de IBP, presumiblemente, estaría dada para tratar el/los episodio/s abierto/s repetido/s, por lo que, en el supuesto de que se tratasen de episodios superados pero no cerrados en la historia, esta prescripción sería inadecuada.

Otro hecho que es importante poner de manifiesto es que no siempre un episodio abierto justifica la toma de IBP durante un periodo de seis meses. Así, los casos con algún episodio abierto pero ningún episodio cerrado ni ninguna prescripción de medicamentos excepto IBP, son clasificados, automáticamente, como adecuados en nuestro análisis por el hecho de tener algún episodio abierto, pero en la realidad podría no ser adecuada la prescripción si el episodio abierto duró, por ejemplo, solo dos meses.

Para ningún episodio de los considerados como abiertos en este estudio se puede asegurar que su duración vaya a ser siempre inferior a los seis meses y que, por tanto, una prescripción continuada de IBP en ese periodo sería inadecuada. Sin embargo, la mayoría de los casos de infección por *Helicobacter Pylori*, recogida en la CIAP-2 con los códigos A78 y D70, van a tener una duración inferior. Por tanto, aquellos pacientes con únicamente uno de estos dos episodios abiertos (o los dos), ningún episodio cerrado y que no estén tomando ninguno de

los medicamentos considerados, podrían ser casos de prescripciones de IBP inadecuadas, aunque en nuestro análisis hayan sido clasificados como adecuados.

La siguiente tabla recoge, para cada año, todas estas situaciones mencionadas.

Tabla 8. Casos de posible prescripción inadecuada por episodio abierto A78 o D70 sin antecedentes de úlcera o HDA ni otros episodios abiertos y sin dispensación de otro medicamento excepto IBP

Año	Total casos	Casos con algún episodio abierto	Casos con algún episodio abierto, ningún cerrado ni ningún medicamento excepto IBP	Casos con solo episodio abierto A78 o D70, ningún episodio cerrado ni ningún medicamento excepto IBP
2018	119187	42279 (35.47%)	8910 (7.48%)	294 (0.25%)
2022	123564	45565 (36.88%)	9448 (7.65%)	567 (0.46%)

Bibliografía

[1] <http://udocente.sespa.princast.es/documentos/OMI/Ep.isodios%20OMI-AP.pdf>

[2] Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. Clasificación Internacional de la Atención Primaria: CIAP-2. Barcelona: Masson; 1999.

[3] Inhibidores de la Bomba de protones: Recomendaciones de Uso. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Departamento de Salud. Mayo, 2016. [Consultado 10 noviembre 2022] Disponible en:

[http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/Inhibidores de la Bomba de Protones Recomendaciones mayo 2016.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/Inhibidores_de_la_Bomba_de_Protones_Recomendaciones_mayo_2016.pdf)

4. ACCIONES DE INTERVENCIÓN

El 29 de noviembre de 2022 se organiza una reunión con el grupo de trabajo con el objetivo de recoger propuestas para la mejora de la prescripción de los IBP en relación con la recomendación de “no hacer”. Estas propuestas van enfocadas tanto a los profesionales como a la ciudadanía. Se describen a continuación:

- Desde la Oetspa se enviarán a Egumpa los listados de pacientes con prescripciones inadecuadas de IBP obtenidos del estudio. Egumpa los hará llegar a los profesionales correspondientes con el fin de que valoren, para cada caso, la indicación de IBP y se planteen una deprescripción si fuera necesaria. *Esta acción ya ha sido realizada.*



- Egumpa preparará una hoja informativa para profesionales donde se recogerá la recomendación de “no hacer”, además de una serie de pautas para retirar los IBP y los efectos secundarios de los mismos. Antes de ser enviada a los profesionales será revisada por el grupo de trabajo para acordar una versión consensuada. Después, se enviará a Farmacia de Atención Primaria y a las direcciones de las áreas. *Esta acción ya ha sido realizada.*
- Egumpa contactará con la Subdirección de Infraestructuras y Servicios Técnicos para que creen una alerta en ECAP en aquellos pacientes cuya prescripción de IBP necesita ser revisada. *Esta acción ya ha sido realizada.*
- Hacer sesiones tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria respecto a la recomendación de IBP.
- Para la ciudadanía, Egumpa realizará carteles y folletos informativos que reflejen con un lenguaje apropiado las indicaciones de los IBP (serán revisados por el grupo). También se propone que en las pantallas de las salas de espera de los servicios hospitalarios podría lanzarse algún eslogan respecto al mal uso de los IBP. *Esta acción ya ha sido realizada.*
- La Oetspa realizará una nueva evaluación a los dos años de desplegarse las acciones para evaluar el impacto de las mismas.



ANEXO. CÓDIGOS

Códigos IBP:

CODPRINCIPI	DESCRIPCION
A02BC01	OMEPRAZOL
A02BC02	PANTOPRAZOL
A02BC03	LANSOPRAZOL
A02BC04	RABEPRAZOL
A02BC05	ESOMEPRAZOL

Códigos AINE:

CODPRINCIPI	DESCRIPCION
M01AA01	FENILBUTAZONA
M01AB01	INDOMETACINA
M01AB05	DICLOFENACO
M01AB16	ACECLOFENACO
M01AB55	DICLOFENACO EN ASOCIACION
M01AC01	PIROXICAM
M01AC02	TENOXICAM
M01AC05	LORNOXICAM
M01AC06	MELOXICAM
M01AE01	IBUPROFENO
M01AE02	NAPROXENO
M01AE03	KETOPROFENO
M01AE14	DEXIBUPROFENO
M01AE17	DEXKETOPROFENO
M01AE51	IBUPROFENO EN ASOCIACIÓN
M01AE52	NAPROXENO ASOCIADO A ESOMEPRAZOL
M01AE92	IBUPROFENO ARGININA
M01AE93	IBUPROFENO LISINA
M01AG01	MEFENAMICO ACIDO
M01AH01	CELECOXIB
M01AH05	ETORICOXIB
M01AX01	NABUMETONA
M01AX02	ACIDO NIFLUMICO
N02AJ14	TRAMADOL/DEXKETOPROFENO
N02AJ08	CODEÍNA/IBUPROFENO
N02AJ07	CODEÍNA/AAS
N02BA01	ACETILSALICILICO ACIDO
N02BA51	ACETILSALICILICO AC. ASOC. EXCL.PSICOLEPTICOS



Códigos antiagregantes:

CODPRINCIPI	DESCRIPCION
B01AC04	CLOPIDOGREL
B01AC05	TICLOPIDINA
B01AC06	ACETILSALICILICO ACIDO
B01AC07	DIPIRIDAMOL
B01AC18	TRIFLUSAL
B01AC22	PRASUGREL
B01AC23	CILOSTAZOL
B01AC24	TICAGRELOR
B01AC30	CLOPIDOGREL/AAS
C10BX05	ROSUVASTATINA + ACIDO ACETILSALICILICO
C10BX06	ATORVASTATINA+ACETILSALICILICO AC.+RAMPIRIL

Códigos anticoagulantes:

CODPRINCIPI	DESCRIPCION
B01AA03	WARFARINA
B01AA07	ACENOCUMAROL
B01AE07	DABIGATRAN
B01AF01	RIVAROXABAN
B01AF02	APIXABAN
B01AF03	EDOXABAN

Códigos corticoides sistémicos:

CODPRINCIPI	DESCRIPCION
H02AA02	FLUDROCORTISONA
H02AB01	BETAMETASONA
H02AB02	DEXAMETASONA
H02AB04	METILPREDNISOLONA
H02AB06	PREDNISOLONA
H02AB07	PREDNISONA
H02AB08	TRIAMCINOLONA
H02AB09	HIDROCORTISONA
H02AB10	CORTISONA
H02AB13	DEFLAZACORT



Códigos antidepresivos ISRS:

CODPRINCIPI	DESCRIPCION
N06AB03	FLUOXETINA
N06AB04	CITALOPRAM
N06AB05	PAROXETINA
N06AB06	SERTRALINA
N06AB08	FLUVOXAMINA
N06AB10	ESCITALOPRAM

Otros antidepresivos

CODPRINCIPI	DESCRIPCION
N06AX16	VENLAFAXINA