



MEDIKAMENTUAK NOLA ERABILI GIBELEKO GAIXOTASUN KRONIKOAN

AURKIBIDEA

- ▶ SARRERA
- ▶ OHAR OROKORRAK
- ▶ HIPOGLUZEMIANTEAK
- ▶ HIPOLIPEMIANTEAK
- ▶ ANTIHIPERTENTSIBOAK
- ▶ ANALGESIKOAK
- ▶ ANTSIOLITIKOAK-HIPNOTIKOAK
(BENTZODIAZEPINAK)
- ▶ ULTZERAREN AURKAKOAK (PBI)

Gibelak funtsezko zeregina du sendagai gehienaren metabolismoan; izan ere, gibel- eta behazun-iraizpenaren prozesuen arabera zehazten da zer mailatan eta abiaduratan kanporatuko diren sendagaiok organismoetik. Lehen urratseko mekanismoek, berriz, bioerabilgarritasunean eragiten dute¹.

Gibeleko erasanak alterazioak eragiten ditu farmakoen kanporatze aurre sistemikoan eta bioerabilgarritasunean, eta horrek eragina du, noski, farmakoon eraginkortasunean eta toxikotasunean¹.

Horregatik, beharrezkoa dirudi gibelaren funtzionamendua ebaluatzea, sendagaien dosiak behar bezala doitzeko. Hala ere, ez dago berariazko informaziorik sendagai kopuru handi baten inguruan, saiakuntza klinikoe-tan parte hartzen duten pazienteek, oro har, ez dutelako gibeleko arazorik izaten. Gainera, gibelaren metabolismoaren konplexutasuna dela eta, zailagoa gertatzen da sendagai batek gibeleko gutxiegitasun kronikoa duen paziente batean nola jokatzeko duen aurrerako tresnak garatzea (adibidez, giltzurrun-gutxiegitasun kronikoan glomerulu-iragazketaren tasa erabiltzen da)¹.

Gibeleko gutxiegitasun kronikoan edo zirrosian, Child-Pugh sailkapena erabiltzen da (jatorrian, pazienteen pronostikoa baloratzeko diseinatua), nahiz eta ez duen argitze plasmatikoa islatzen² (ikus taula).

Taula. Child-Pugh sailkapena³

Parametroa	Puntuazioa		
	1	2	3
Aszitisa	Ez	Arina	Moderatua edo larria
Entzefalopatia (maila)	Ez	1-2	3-4
Bilirrubina (µmol/l)	<35	35-50	>50
edo Bilirrubina behazun-zirrosi primarioan (µmol/l)	<70	70-170	>170
Albumina (g/l)	>35	28-35	<28
INRa	<1,7	1,8-2,3	>2,3

Puntuazio hau aldian-aldian berraztertu behar da, pazienteen egoera aldatu baitaiteke denboraren joanean.

Child-Pugh indizearen balioak (parametro guztien puntuazioaren batura) gibeleko erasan kronikoaren maila adierazten du:

- 5-6 A maila (gaixotasun konpentsatua)
- 7-9 B maila (erasan funtzional esanguratsua)
- 10-15 C maila (gaixotasun deskompentsatua)

Gaixotasun kroniko ohikoaren tratamenduan erabilitako farmako gehienak modu seguruan erabil daitezke zirrosiaren fase konpentsatuan⁴, gibel-masa disfunkzionalaren maila konplikazio handiagoak garatzeko bezain nabarmena ez bada⁵.

Aitzitik, fase deskompentsatuan, gibel-masa disfunkzionalaren maila handiak gibeleko gutxiegitasuna eragiten du, eta, klinikoki, konplikazio nabarmenak agertzen dira; adibidez, ikterizia, aszitisa, portako hipertentsioa, hestegorriko barizeak eta, fase aurreratuetan, entzefalopatia⁵. Fase horretan, askotan, dosia txikitzea edo medikamentua emateko maiztasuna txikitzea gomendatzea da, baita farmako jakin batzuk saihestea ere, bioerabilgarritasunean egon daitezkeen aldaketak direla eta⁴.

Horiek horrela, buletin honetan, maiz erabiltzen diren sendagai talde batzuek (hipogluzemiantek, hipolipemiantek, antihipertentsiboak, analgesikoak, antsiolitikoak-hipnotikoak eta ultzeraren aurkakoak) gibleko gutxiegitasun kronikoko pazienteetan (bereziki zirrosikoetan) duten eragina berraztertu nahi da. Datu-iturri gisa, fitxa teknikoak⁶ eta gibleko gutxiegitasun kronikoa duten pazienteetan sendagaien erabilpenaren berrikuspen espezifikoko batzuk^{4,7,8} erabili dira. Zerrenda oso-osoa ez denez, dosiak doitzeari buruzko xehetasun handiagoak nahi izanez gero, Sendagai eta Osasun Produktuen Espainiako Agentziaren (AEMPS) webgune-ko fitxa teknikoetara jo dezakezue: <http://www.aemps.gob.es/cima/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm>. Sendagaien hepatotoxikotasunari buruzko informazioa kontsultatu behar bada, Livertox datu-basera jotzea gomendatzen da; helbide elektronikoko honetan: <https://livertox.nih.gov/>.

OHAR OROKORRAK

Pazienteak baloratu beharra dago arriskuak eta onurak zehazteko, hainbat faktore kontuan hartuta, adibidez, tratatu beharreko patologiaren larritasuna, farmakoa ez erabiltzearen ondorioak edo ordezkoko aukerak¹.

Gibleko gutxiegitasun kronikoan sendagaiak agintzean, hiru alderdi hartu behar dira kontuan: sendagaia hepatotoxikoa den (ez da oso ohikoa, baina erabilgarri dauden aukeren artean hepatotoxikotasun gutxien duena hautatzen saiatu behar da), gibleko erasanak farmakoaren metabolismoari eragin diezaiokien eta gibleko gaixotasunarekin lotutako konplikazioak agertzeko bide eman dezakeen (giltzurrunen hutsegitea, gibleko entzefalopatia, urdail-hesteetako odoljarria, berezko peritonitis bakterianoa...)^{1,4,7}.

Edozein sendagairen aurrean ager daitezke erantzun anomaloak; beraz, hobe da sendagai ezagunak eta eskuarki erabiltzen direnak erabiltzea⁹. Era berean, kontuan hartu behar da gibleko gutxiegitasun kronikoa duten pazienteek giltzurrun-gutxiegitasuna ere izan dezaketela; hala izango balitz, beharrezkoa izango litzateke dosia doitzea⁷. Eskuarki, sendagaiak hasierako dosi eraginkor minimoan erabiltzea gomendatzen da, eta aurrerago, erantzunaren arabera, dosia doitzea, mantentze-dosi ahalik eta txikienekin⁴.

HIPOGLUZEMIANTEAK

Gibleko gaixotasuna duten II motako paziente diabetikoetan handiagoa da zirrosia, gibelaren hutsegitea eta kartzinoma hepatozelularra izateko arriskua. Gainera, paziente horiek, maiz, komorbilitatea izaten dute horri lotuta, zehazki, gibel koipetsua ez-alkoholikoa gaixotasuna)¹⁰.

Intsulina

- Intsulinarekin egindako terapia, ziur asko, aukerarik seguruen eta eraginkorrena da gibleko gaixotasun kronikoa duten paziente diabetikoetan. Paziente horietan hipogluzemia arriskua handiagoa denez, ezinbestekoa dute gluzemiaren monitorizazio zorrotza egitea eta intsulinarekin dosia arduraz kontrolatzea¹¹.

Metformina

- Hepatotoxikotasun-kasu isolatuak agertu dira; tratamendua kentzean konpontzen dira⁴.
- Gibleko gaixotasun kroniko arin-moderatua eta zirrosi konpentsatua duten eta horri lotutako komorbilitate txikia duten pazienteetan, segurua da metformina erabiltzea. Gehieneko dosi gomendatua 1.500 mg eguneko da^{7,10}.
- Metforminak eragindako azidosi laktikoaren arriskua handiagoa da gibleko gaixotasun aurreratuetan, komorbilitate ugari duten pazienteetan, bereziki narriadura akutua dagoenean eta alkohol gehiegi kontsumitzen duten pazienteetan. Ondorioz, egoera horietan ez litzateke erabili behar⁴.

Sulfonilureak

- Eskuarki, sulfonilureak seguruak dira gibelego gaixotasun kroniko arin-moderatuan eta zirrosi konpentsatuan. Erabiliz gero, aukera ona izango lirateke ekintzaldi laburrekoak, adibidez, gliklazida, glipizida eta glimepirida. Glibenklamida ez da gomendatzen (gibelego metabolismo hedatua duelako eta hipogluzemia arrisku handiagoa)^{4,7}.
- Sulfonilureek eragindako hipogluzemia-arriskua nabarmen handiagoa da gibelego gutxiegitasun larria duten pazienteetan, eta fitxa teknikoetan kontraindikaturik daude giltzurruneko edo gibelego funtzioaren alterazio larrietan⁶.

Glinidak⁶

- Kasu isolatuetan, gibelego entzimen gorakada hauteman da repaglinidarekin eta nateglinidarekin, eta kasu oso arraroetan, gibelaren disfuntzio larria repaglinidarekin.
- Nateglinidaren farmakodinamia ez da aldatzen gibelego gaixotasun kronikoa duten pazienteetan eta badirudi repaglinida baino seguruagoa dela. Gibelego alterazio arin edo moderatua duten pazienteen kasuan ez dago honen dosia doitu beharrik.
- Bi glinidak kontraindikaturik daude gibelego gaixotasun larrian.

Pioglitazona⁶

- Gibelego entzimen gorakada eta gutxiegitasun hepatozelularra hauteman da kasu bakanetan. Zehaztapen basala eta aldiari aldiari gibelego entzimen monitorizazioa egitea gomendatzen da pioglitazonarekin tratamendua egin bitartean.
- Ez da tratamendua hasi behar alanina aminotransferasaren (ALT) gorakadak normaltasunaren goiko muga baino 2,5 aldiz handiagoak badira edo gibelego gaixotasuna ageri duten pazienteetan, eta tratamendua eten behar da ALT-mailak normaltasunaren goiko muga hiru halako badira.
- Pioglitazona erabiltzea kontraindikaturik dago gibelego gutxiegitasuna dagoenean.

α -glukosidasaren inhibitzaileak⁶

- Ez dago dosia doitzeko beharrik gibelego gutxiegitasuna duten pazienteetan.

Dipeptidil peptidasa-4aren inhibitzaileak (i-DPP4) edo gliptinak⁶

- Linagliptina: ez dago dosia doitzeko beharrik inongo mailatako gibelego gutxiegitasuna duten pazienteetan.
- Alogliptina, saxagliptina eta sitagliptina: ez dago dosia doitzeko beharrik gibelego gutxiegitasun arin-moderatua duten pazienteetan. Ez dira gomendatzen gibelego gutxiegitasuna larria denean.
- Bildagliptina: ez da erabili behar gibelego gutxiegitasuna duten pazienteetan, ALT edo aspartato aminotransferasaren (AST) oinarriko/tratamendu aurreko balioak normaltasunaren goiko muga baino 3 aldiz handiagoak badira. Populazio orokorrean, gibelaren funtzioaren hasierako kontrolak eta monitorizazioa egin behar dira tratamenduan zehar, eta tratamendua eten ALT edo AST-ren balioak normaltasunaren goiko muga baino 3 aldiz handiagoak badira.

GLP-1en analogoak⁶

- Ziur asko seguruak dira haien farmakozinetika kontuan hartuta, baina datu gutxi dago gibelego gaixotasunean erabiltzeari buruz.
- Ez dago dosia doitzeko beharrik gibelego gutxiegitasuna duten pazienteetan.

Sodio-glukosaren garraiatzailekidearen inhibitzaileak (SGLT2) edo gliflozinak⁶

- Gibel-gutxiegitasun arina edo moderatua duten pazienteetan, ez da beharrezkoa gliflozinen dosia egokitzea. Kanagliflozina eta empagliflozina gibelego gutxiegitasun larria duten pazienteetan erabiltzeari buruzko datu gutxi dago, eta, beraz, ez da gomendatzen paziente horietan erabiltzea; dapagliflozinarekin, 5 mg-ko hasierako dosia gomendatzen da, eta, ongi onartuz gero, 10 mg-ra igotzea.

Estatinak

- Estatina-tratamenduak gorakada iraunkorrak eragiten ditu transaminasa hepatikoen maila serikoetan (ALT eta/edo AST), pazienteen % 0,5-3 bitartean¹³. Gorakada horiek sintomarik gabekoak dira, dosiaren araberakoak, eta itzulgarriak dira estatina etetean edo dosia txikitzean. Batez ere tratamendua hasi eta lehen hiru hilabeteetan gertatzen dira. Estatinen erabilera zeinu kliniko aldakorreko gibelesko lesio larriekin ere lotu da, patroik kolestasiko eta hepatozelularra barne, eta batzuetan, hepatitis autoimmunea. Nolanahi ere, estatinek eragindako gibelesko kalte larriak ezohikoak eta aurreikussezinak dira, eta ez dirudi gibelesko entzimak aldi behin monitorizatzea eraginkorra denik hori hautemateko edo prebenitzeko, indikazio klinikorik egon ezean¹²⁻¹⁴. Horregatik, egun, estatinekin tratamendua hasi aurretik, gibelaren funtzioa zehaztea gomendatzen da, eta hori errepikatzea klinikoki egokia bada bakarrik.
- Eskuarki, zirrosi konpentsatua duten pazienteek ongi onartzen dituzte estatinak, eta horien onura maila kardiobaskularrean ongi finkatuta dago gibel koipetsua ez-alkoholkoa gaixotasunean, hepatitis birikoan eta behazun-zirrosi primarioan. Hala ere, badirudi estatinak behar baino gutxiago erabiltzen direla paziente horietan⁸.
- Prabastatinak ez du gibelesko metabolisiorik (hura kanporatzea giltzurrun-funtzioaren esku dago nagusiki). Gibelesko alterazio esanguratsua duten pazienteetan, eguneko 10 mg-ko dosiarekin hastea gomendatzen da⁶.
- Arretaz erabili behar dira alkohol ugari kontsumitzen duten eta/edo gibelesko gaixotasun-aurrekariak dituzten pazienteekin.
- Guztiak daude kontraindikaturik gibelesko gaixotasun aktiboan edo ezin azal daitezkeen transaminasa serikoen gorakada etengabeak baldin badaude⁶.

Fibratoak⁶

- Fitxa teknikoaren arabera, fibratoak kontraindikaturik daude gibelesko gaixotasunean.

Ezetimiba⁶

- Ez da beharrezkoa dosia doitzea gibelesko narriadura arina duten pazienteetan (Child-Pugh-en puntuazioa: 5-6).
- Ez da ezetimibarekin tratatzea gomendatzen gibelesko narriadura moderatua edo larria duten pazienteetan (Child-Pugh-en puntuazioa: > 7), ezezagunak baitira horiek ezetimibaren eraginpean egotearen ondorioak.

ANTIHIPERTENTSIBOAK

Zirrosia eta arteria-hipertentsioaren aurrekariak dituzten pazienteak normotentsio bihurtzen dira pixkanaka, eta gaixotasunak aurrera egin ahala, hipotentsioa ere izan dezakete. Zirrosiaren etapa aurreratuetan gertatzen diren aldaketa hemodinamikoak direla eta, tratamendu antihipertentsiboak etetea beharrezkoa izan daiteke zirrosi deskompentsatua aszitisarekin edo hipotentsioa duten pazienteetan¹⁵.

Angiotentsinaren entzima bihurtzailearen inhibitzaileak (AEBI)

- Kasu ezohikoetan AEBlak ikterizia kolestasikoarekin edo hepatitisarekin hasi eta gibelesko nekrosi fulminantearekin amaitzen den sindrome batekin lotu izan dira. Ikterizia edo gibelesko entzimen gorakada nabarmenak agertzen badira, etetea gomendatzen da, eta ondoren pazientearen jarraipena egitea⁶.
- Eskuarki, ongi onartzen dira, eta ez dute dosia doitzerik behar gibelesko gaixotasun kroniko aurreratua edo zirrosi konpentsatua duten pazienteetan. Hobe da profarmakoak ez diren sendagaiak erabiltzea –adibidez, lisinopril–, profarmakoak –kinaprila edo enalapril– erabiltzea baino⁴.
- AEBlak diuretikoekin konbinatu behar bada, arretaz eta dosia murriztuz erabiltzea gomendatzen da. Ez erabili aszitis dagoenean^{4,7}.

Angiotentsina-hartzaileen antagonistak (AHA II)

- Fitxa teknikoen arabera, eskuarki gehieneko dosia murriztu behar da gibeledako gutxiegitasun arin-moderatuan. Ez da erabiltzea komeni gibeledako gutxiegitasun larrian ezta aszitisean ere^{6,7}.

Kaltzio-antagonistak⁶

- Ahal den dosirik txikienarekin hastea gomendatzen da, eta erantzunaren arabera zehaztuz joatea. Gehienak kontraindikaturak daude gibeledako gutxiegitasun larrian.

Beta-blokeatzaileak

- Zirrosia duten pazienteetan, beta-blokeatzaileak erabili edo ez aztertu behar da. Zenbait azterketatan «leihoaren hipotesia» aipatu da beta-blokeatzaile ez-selektiboei dagokienez —propranolola eta nadolola, adibidez—. Hipotesi horren arabera, bakarrik hestegorriko barizeak garatu dituzten pazienteen biziraupena luzatzen dute farmako horiek; aurrez ez. Bestalde, azterketa batzuek aditzera ematen dute leiho-aldia itxi egingo litzatekeela eta beta-blokeatzaileak jada ez liratekeela eraginkorrak izango pazienteak aszitis errefraktarioa, hipotentsioa, gibel-giltzurrunetako sindromea, berezko peritonitis bakterianoa, sepsia edo hepatitis alkoholikoa balu, zirrosi aurreratuen efektu hemodinamiko kaltegarrien ondorioz^{15,16}.
- Karbedilola kontraindikaturak dago klinikoki agerikoa den gibeledako disfuntzioa duten pazienteetan⁶. La-betalolarekin, lesio hepatozelular larriaren kasu ezohiko batzuk agertu dira, eskuarki itzulgarriak; beraz, hura erabiltzea mugatu beharko litzateke^{4,6}.

Diuretikoak

- Zirrosia eta klinikoki esanguratsua den aszitisia duten paziente gehienek, dietan sodioa murrizteaz gain, diuretikoekin tratatzea behar dute; hasieran aho bidezko furosemida eta espirinolaktone hartu behar dira, egunean 40:100 mg-ko erlazioa gordez, eta ondoren dosia baloratu beharko da beharraren arabera (gehienez egunean 400 mg espirinolaktone eta 160 mg furosemida hartu arte). Terapia diuretikoan kontuz ibili behar da likidoak azkarregi kanporatzearekin eta alterazio elektrolitikoekin (hiponatremia, hipo/hiperkalemia)^{15,17}.
- Aszitis errefraktarioaren kasuan, diuretikoak kendu beharko lirateke, baldin eta gernuko sodioa egunean 30 mEq-tik behera jaisten bada¹⁶.

ANALGESIKOAK^{6,7,18-22}

Analgesiko gehienak (adibidez, paracetamola, antiinflamatorio ez-esteroideak -AIEEak- eta opioideak) gibela- ren bidez metabolizatzen dira, eta konplikazioak eragin ditzakete; adibidez, giltzurrunen hutsegitea, gibeledako entzefalopatia eta portako hipertentsioa eta urdail-hesteetako odoljarria^{18,20}.

Paracetamola²⁰⁻²²

- Askotan, gibeledako gaixotasuna duten pazienteetan ez da erabiltzen, haren hepatotoxikotasuna ezaguna baita. Hala ere, hainbat azterketaren arabera, eraginkorra eta segurua da zirrosia duten pazienteek medikamentu hori hartzea, dosiak doitu eta epe laburrez. Ikerketek frogatu dute gibeledako gutxiegitasun arina edo hepatopatia-arriskuaren faktoreak dituzten pazienteek ere, epe laburrean, ongi onartzen dutela^{18,20,22}.
- Eskuarki, eguneko gehieneko dosia 2-3 g-ra mugatzea gomendatzen da, epe laburrean^{7,20,22}. Malnutrizioa duten edo alkohola modu kronikoan kontsumitzen duten pazienteak arrisku-populazio dira, eta horiekin egunean 2 g baino gutxiago erabiltzea gomendatzen da²⁰.

Antiinflamatorio ez-esteroideak (AIEE)^{6,7,19,20}

- Ez dira AIEEak erabili behar, haien hepatotoxikotasun zuzenaren eta ondorioz kontrako erreakzio hemorragiko larriaren eta giltzurrunetako kontrako erreakzio larriaren arriskuaren ondorioz^{6,7,19}. Kontraindikaturak daude gibeledako gutxiegitasuna larria denean.
- Ez da metamizol-dosi handirik hartu behar. Tratamendu laburretan ez da beharrezkoa dosia murriztea⁶.

- Nahiz eta fitxa teknikoan⁶ COX-2aren inhibitzaile selektiboak ohiko dosiaren erdia hartuta erabil daitezkeela adierazten den, ez dago eskuragarri haiek zirrosia duten pazienteetan seguruak diren ebaluatzen duen azterketarik. Nahiz eta AIEE tradizionalak baino urdail-hesteetako ondorio kaltegarri gutxiago izan, ondorio deletereo nabarmenak dituzte maila kardiobaskularrean edo giltzurrun mailan; beraz, eskuarki ez da halakoak erabiltzea gomendatzen paziente horietan²⁰.

Opioideak^{7,8,18-20}

- Eskuarki, zirrosia duten pazienteetan opioideak erabili behar badira; ahalik eta dosirik txikienak erabili behar dira, eta dosien arteko tartea handitu (dosia eta hartzeko maiztasuna % 25-50 artean murriztea gomendatzen da), banakako doiketak eginez, mina egoki eramateko, ondorio kaltegarri esanguratsurik gabe. Sedazio eta/edo idorria bezalako zeinuak monitorizatu beharra dago, gibeledko entzefalopatia agertzeko arriskua handitzen baitute; gibeledko entzefalopatia ohikoagoa da aurretik entzefalopatia edo portako hipertentsioa izan duten pertsonetan²⁰. Sintoma horietakoren bat agertzen bada, tratamendua eten egin behar da.
Bestalde, alkoholismo aurrekariak dituzten pazienteetan opioideak erabiltzea adikzio gurutzatua agertzeko arriskua handitzearekin lotuta dago^{8,18}.
- Tramadola, 25 mg/8 o-ko dosian, baliozko aukera bat da gibeledko gaixotasun kronikoan edo zirrosi konpent-satuan mina tratatzeko^{19,20}. Ez da erabili behar beste opioide, SBIS, antikonbultsibo eta antidepresibo trizikliko batzuekin sindrome serotoninergikoa garatzeko arriskua dela eta. Ez erabili zirrosi deskompentsatua duten eta konbultsioak izateko arriskua duten pazienteetan (konbultsioen atalasea jaitzi dezake)^{7,18,20}.
- Fentaniloa aukera ona izan daiteke opioide nagusiekin tratatzea behar duten pazienteetan^{19,20}.
- Ez da morfina erabili behar zirrosia eta giltzurrunen hutsegitea duten pazienteetan^{7,19}.

Sendagai adjubanteak min neuropatikoan^{6,7,19}

Antidepresiboak

Amitriptilina arretaz erabili behar da, sedazioaren eta efektu antikolinergikoen agerpena monitorizatu. Duloxetina ez erabiltzea gomendatzen da.

Konbultsioen aurkakoak

- Gabapentina eta pregabalina ez dira gibeledko metabolizatzen eta giltzurrunaren bidez kanporatzen dira; beraz, gibeledko zirrosi-kasuetan erabil daitezke. Pixkanaka baloratu behar da, eta dosi txikiekin hasi sedazioa eta zorabioa saihesteko, eta maiz baloratu, beharrezkoa bada dosia gutxinaka igoz. Ez eten tratamendua bat-batean, abstinentzia-sindromearen eta/edo konbultsio-errebotearen arriskua baitago.
- Zirrosi-kasuetan edo gibeledko gaixotasun kroniko aurreratuan karbamazepina ez erabiltzea gomendatzen da, haren erabilera hepatotoxikotasunarekin lotuta baitago eta deskompentsazio azkar bat ekar baitezake paziente horietan.

Lidokaina partxeetan

- Gibeledko gutxiegitasun arina edo moderatua duten pazienteetan ez dago dosia doitu beharrik. Gibeledko gutxiegitasun larria duten pazienteekin arretaz erabili behar da.
- Aukera bat izan daiteke erasan gabeko larruazalaren zonalde mugatuetako mina arintzeko.

ANTSIOLITIKOAK-HIPNOTIKOAK (bentzodiazepinak)

- Zirrosia duten eta bentzodiazepinak erabiltzea egokia den pazienteetan ekintza labur-ertainekoak erabili behar dira, esaterako lorazepam, eta ahal den dosi txikienean. Gibeledko entzefalopatiaren kasuan ez dira erabili behar¹⁵.

ULTZERAREN AURKAKOAK

- Protoi-bonbaren inhibitzaileen (PBI) erabilera berezko peritonitis bakterianoaren garapenarekin lotu da zirrosia duten pazienteetan; beraz, beharrezkoa da PBIen erabilera argi indikatuta dagoela ziurtatzea paziente horietan^{4,7,15}.

- Intsulina, ziur asko, aukerarik seguruen eta eraginkorrena da gibelego gaixotasun kronikoa duten paziente diabetikoetan.
- Gibelego gaixotasun kroniko arin-moderatua eta zirrosi konpentsatua, gehieneko metformina-dosi gomendatua eguneko 1.500 mg-koa da.
- Zirrosi konpentsatua duten pazienteek, eskuarki, ongi onartzen dituzte estatinak. Ez dira erabili behar gibelego gaixotasun aktiboan edo transaminasa serikoen gorakada etengabeak eta ezin azal daitezkeenak baldin badaude.
- AEBlak, eskuarki, ongi onartzen dira zirrosi konpentsatua. Hobe da profarmakoak ez erabiltzea. Kontraindikaturak daude azpitisean.
- AHA Ilek eskuarki, ez dute dosia doitzeari behar gibelego gutxiegitasun arin-moderatua. Kontraindikaturak daude azpitisean.
- Kaltzio-antagonistek, eskuarki, dosia doitzeari behar dute.
- Parasetamolak, behar bezalako dosiarekin erabiltzen denean, aukerako analgesikoa da gibelego gaixotasuna (zirrosia barne) duten pazienteetan, segurtasun-profil egokia duelako eta efektu lasaigarriarik eta nefrotoxikotasun-efekturik ez duelako.
- Ez erabili AIEEa, odoljario-arriskua eta giltzurrunen hutsegite-arriskua dela eta.
- Opioidak parasetamolak huts egiten duenean erabili beharko lirakeke, betiere dosiak txikituta eta medikamentua hartzeko tartea handituta eta haren ondorio kaltegarrien jarraipen estua eginez. Entzefalopatia agertzen den zaindu behar da.
- Bentzodiazepinak behar dituzten eta zirrosia duten pazienteetan ekintza labur-ertainekoak erabili behar dira, adibidez, lorazepamak. Ez erabili gibelego entzefalopatiaren kasuan.
- Beharrezkoa da PBlen erabilera argi indikatuta dagoela ziurtatzea zirrosia duten pazienteetan, berezko peritonitis bakterianoa izateko arriskua handitzen baitu.

BIBLIOGRAFIA

1. Periañez L, Martínez-López I, Ventanyol P, Puigventós F, Delgado O. Recomendaciones para la dosificación de medicamentos en pacientes con insuficiencia hepática crónica. Rev Esp Enferm Dig. 2012;104(4):165-84.
2. Vallano A, Danés I. Uso de analgésicos en pacientes con hepatopatía. Med Clin (Barc). 2008;131(15):591-3.
3. UK Medicines Information (UKMi). Medicines Q&As: What is the Child-Pugh score? April 2014. [On line]: www.evidence.nhs.uk
4. Goldberg E, Chopra S. Cirrhosis in adults: Overview of complications, general management, and prognosis. In UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. [Accedido:30/03/2017]. [On line]: http://www.uptodate.com/contents/cirrhosis-in-adults-overview-of-complications-general-management-and-prognosis?source=search_result&search=cirrhosis&selectedTitle=2%7E150#H60387106
Tabla2. Medications (other than analgesics) used in adult patients with advanced chronic liver disease or cirrhosis 2: http://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=GAST%2F90194&topicKey=GAST%-2F1263&rank=2%7E150&source=see_link&search=cirrhosis&utdPopup=true
5. Robles F, Pitarch C, Benítez M. Hepatopatía crónica. AMF. 2017;13(3):124-33.
6. Fichas técnicas de medicamentos. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Centro de información online de medicamentos-CIMA. [On line]: <https://www.aemps.gob.es/cima/fichasTécnicas.do?metodo=detalleForm>
7. Therapeutic Research Center. Using common medications in liver impairment. Pharmacist's letter/Prescriber's letter. October 2013.
8. Lewis J.H. and Stine J.G. Review article: prescribing medications in patients with cirrhosis – a practical guide. Aliment Pharmacol Ther. 2013;37:1132–56.
9. Planas R, Morillas RM, Sala M. Prescripció de medicaments en insuficiencia hepática. Butlletí d'informació terapèutica. 2009;21(5):25-30. [On line]: http://medicaments.gencat.cat/web/.content/minisite/medicaments/professionals/6_publicacions/butlletins/boletín_información_terapèutica/documents/arxiu/BIT_v21_n05_cast.pdf

10. Tschöpe D, Hanefeld M, Meier JJ, Gitt AK, Halle M, Bramlage P, Schumm-Draeger P. The role of co-morbidity in the selection of antidiabetic pharmacotherapy in type-2 diabetes. *Cardiovasc Diabetol*. 2013;12:62.
11. Khan R, Foster GR, Chowdhury TA. Managing Diabetes in Patients with Chronic Liver Disease. *Postgrad Med*. 2012;124 (4):130-37.
12. Guía Práctica Clínica Lípidos como factor de riesgo cardiovascular. [On line]: http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-pkgpc03/es/contenidos/informacion/gpc_lipidos/es_farma/valoracion.html
13. Rosenson RS. Statins: Actions, side effects, and administration. In UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. [Accedido:30/03/2017]. [On line]: http://www.uptodate.com/contents/statins-actions-side-effects-and-administration?source=search_result&search=statins&selectedTitle=1%7E150#H12
14. Bays H, Cohen DE, Chalasani N, Harrison SA. An assessment by the Statin Liver Safety Task Force: 2014 update. *Journal of Clinical Lipidology*. 2014;8: S47–S57. [On line]: http://ac.els-cdn.com/S1933287414000737/1-s2.0-S1933287414000737-main.pdf?_tid=890537f6-1865-11e7-b71e-00000aac-b362&acdnat=1491221182_0cb53a3023e922ac1fb-795612d6c0c6b
15. Ge PS, Runyon BA. Treatment of Patients with Cirrhosis. *N Engl J Med*. 2016;375:767-77. [On line]: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra1504367>
16. Such J, Runyon BA. Ascites in adults with cirrhosis: Diuretic-resistant ascites. In UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. [Accedido:30/03/2017]. [On line]: https://www.uptodate.com/contents/ascites-in-adults-with-cirrhosis-diuretic-resistant-ascites?source=see_link§ionName=Therapeutic%20paracentesis&anchor=H7#H7
17. Such J, Runyon BA. Ascites in adults with cirrhosis: Initial therapy. In UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. [Accedido:30/03/2017]. [On line]: https://www.uptodate.com/contents/ascites-in-adults-with-cirrhosis-initial-therapy?source=see_link§ionName=Rate%20of%20fluid%20removal&anchor=H10#H8
18. Imani F, Motavaf M, Safari S, Alavian SM. The therapeutic use of analgesics in patients with liver cirrhosis: a literature review and evidence based recommendations. *Hepat Mon*. 2014;14(10):e23539.
19. Hamilton JP, Goldberg E, Chopra S. Management of pain in patients with advanced chronic liver disease or cirrhosis. In UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. [Accedido:30/03/2017]. [On line]: https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=GAST%2F90196&topicKey=GAST%2F1236&source=outline_link&search=Management%20of%20pain%20in%20patients%20with%20advanced%20chronic%20liver%20disease%20or%20cirrhosis&selectedTitle=1~150
20. Ojeda A, Moreno LA. Tratamiento del dolor en el paciente con cirrosis hepática. *Gastroenterol Hepatol*. 2014;37(1):35-45.
21. Soleimanpour H, Safari S, Nia KS, Sanaie S, Alavian SM. Opioid drugs in patients with liver disease: A systematic review. *Hepat Mon*. 2016;16(4):e32636.
22. Innaurato G, Piguat V, Simonet ML. Antalgie chez les patients avec une atteinte hépatique. *Rev Suisse*. 2015;11:1380-4.

Berrikuspen bibliografikoaren data: 2017ko apirila

Mendikamentu berriek kontrako ondorioak dituztela susmatuz gero, oso-oso garrantzitsua da Euskal Autonomia Erkidegoko Farmakojagoletza Unitateari jakinaraztea. OSABIDEn bitartez egin dezakezu jakinarazpena. Bestela, Osakidetza inernetaren bidez, txartel horia beteaz edo AEMPSen interneteko <https://www.notificaRAM.es>

Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu: zure erakundeko farmazialaria edo MIEZ - tel. 945 01 92 66 - e-maila: cevime-san@euskadi.eus

Idazkuntza Batzordea: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Sergio Barrondo, Maite Callén, Saioa Domingo, Maitane Elola, Arritxu Etxeberria, Julia Fernández, Ana Isabel Giménez, Naroa Gómez, Eguzkiñe Ibarra, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Nekane Jaio, Itxasne Lekue, M^a José López, Javier Martínez, Amaia Mendizabal, Carmela Mozo, Elena Ollóquiegi, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.



<http://www.osakidetza.euskadi.eus/cevime>
Intranet Osakidetza · <http://www.osakidetza.eus>

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Erabat debekaturik dago dokumentu hau promozio helburuetarako erabiltzea