

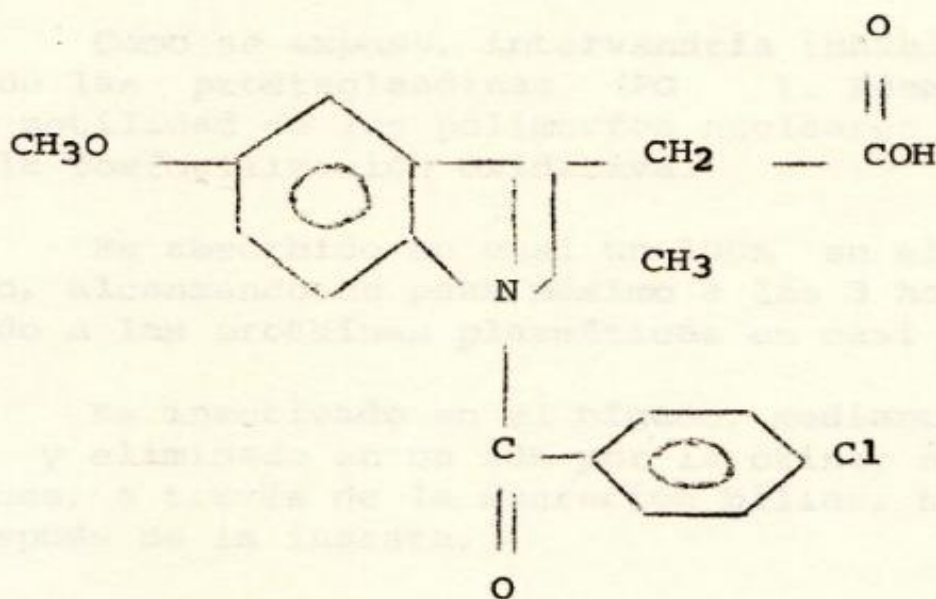


El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín del Hospital Clínico**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de Ciencias Médicas**. Este tiene el propósito de evidenciar la evolución del contenido y poner a disposición de nuestra audiencia documentos académicos originales que han impulsado nuestra revista actual, sin embargo, no necesariamente representa a la línea editorial de la publicación hoy en día.

I N D O M E T A C I N A

Dr. Pedro Mazry J.

Este antiinflamatorio fue introducido en la farmacología en 1963. Es un derivado indólico cuya fórmula estructural es :



Como todos los antiinflamatorios no esteroideos, tiene además efectos antipiréticos y analgésicos. A la misma dosis que la aspirina, es mejor su efecto, pero no es tolerado.

Como antipirético no debe usarse en el tratamiento de fiebres infecciosas por su toxicidad; es excelente en el tratamiento de la fiebre de los linfomas y otras neoplasias y su modo de acción sería el mismo que la aspirina.

Es analgésico sólo cuando existe inflamación, sin embargo, produce buenos efectos en pacientes con postoperatorio inmediato o con dolor postraumático en dosis de 50 mg., lo que equivaldría a 600 mg. de aspirina. Clínicamente no tiene indicación.

Su mayor efecto es como antiinflamatorio, siendo evidente su acción en pacientes con artritis reumatoidea, gota aguda y otros tipos de reumatismo.

Como se expuso, intervendría inhibiendo la síntesis de las prostaglandinas (PG). Además, disminuiría la motilidad de los polimorfos nucleares y actuaría sobre la fosforilización oxidativa.

Es absorbido en casi un 100% en el intestino delgado, alcanzando un peak máximo a las 3 horas; circula unido a las proteínas plasmáticas en casi un 90%.

Es inactivado en el hígado, mediante glucoronización y eliminado en un 50% por la orina; el resto por las heces, a través de la excreción biliar, hasta 48 horas después de la ingesta.

INTERACCIONES CON DROGAS

Varios autores han hallado que el uso de aspirina junto a indometacina, llevaría a disminuir los niveles plasmático de esta última, pero hay algunos trabajos contradictorios.

Los niveles plasmáticos pueden elevarse cuando se usa con Probenecid; a su vez, la indometacina no interfiere con el efecto uricosúrico del probenecid.

No altera la acción de los anticoagulantes, pero por el riesgo de la hemorragia digestiva, no deben usarse juntos.

EFFECTOS TOXICOS Y CONTRAINDICACIONES

Entre 30 - 40% de los pacientes que reciben la droga, presentan algún efecto colateral y dentro de ellos en un 20% debe ser suspendida. Es mayor su toxicidad en personas de edad.

A nivel gastrointestinal provoca anorexia, náuseas, dolor abdominal, úlcera péptica, pancreatitis aguda y diarrea. Se han publicado casos de ictericia colestásica.

Causa cambios en la mucosa gástrica, que llevan a la redifusión del ácido; este cambio persiste largo tiempo, incluso cuando se ha discontinuado su uso.

Más frecuente es su toxicidad sobre el sistema nervioso central, produciendo una cefalea frontal entre 30 a 50% de los pacientes, síntomas afectivos como depresión, ideas delirantes, alucinaciones leves y en casos aislados, suicidio.

Puede provocar opacidades corneales y cambios del campo visual. Frecuentemente produce tinitus.

Los síntomas se disminuyen cuando se administra la droga en forma paulatina.

La neutropenia, anemia aplástica y trombocitopenia son raras.

Puede provocar reacciones de hipersensibilidad, con rush cutáneo, urticaria, prurito e incluso asma bronquial. A veces tiene hipersensibilidad cruzada con la aspirina.

No debe ser usada en embarazadas, en pacientes con psicosis, parkinsonianos, operadores de maquinarias, insuficiencia renal y con úlcera péptica.

En niños su uso es peligroso, ya que se han descrito por reactivación de focos infecciosos latentes.

INDICACIONES

- En fiebre de origen linfomatoso u otras neoplasias.
- En la artritis reumatoidea, pero su efecto no es mayor que la aspirina. Sin embargo, en un 25% de los pacientes existe una mayor tolerancia y efecto de la droga que la aspirina.
- De muy buen efecto sobre la artritis psoriática, en la espondilitis anquilosante, y en artropatía de la colitis ulcerosa.
- Es muy eficaz en el ataque agudo de gota o pseudogota, pero no así en la gota crónica.
- En las sinovitis, tendosinovitis y otros reumatismos no articulares da buenos resultados.
- En artrosis; su efecto es mucho mayor cuando se trata de artrosis coxofemoral.

- En el tratamiento de la pericarditis de los hemodializados crónicos, reduciendo en un casi 80% la necesidad de pericardiocentesis evacuadoras.
- Disminuye la secreción del mucus por el intestino; en el caso de una salmonelosis, inhibiendo la síntesis de la PGE2, y así aumenta la reabsorción de Na y H2O; además, actuaría directamente sobre el efecto de las toxinas bacterianas.
- Tiene mayor efecto que los corticoides en disminuir la inflamación de las quemaduras solares (PGE1)
- Inhibiría la hipercalcemia y osteolisis en metástasis de cáncer, especialmente pulmonar (PGE2).
- Se ha usado en el síndrome nefrótico de la glomerulonefritis de distintos tipos histológicos, observándose una reducción de la proteinemia, hematuria si la hay e incluso a veces se observa una mejoría del clearance de creatinina.
- Inhibiría la PGE1, lo que llevaría a redistribución de la circulación renal, a cambios en la permeabilidad de las membranas y a aumentos de la acción de la hormona antidiurética. Se ha observado un mejor efecto cuando se une combinado a dosis bajas de ciclofosfamida.
- Se ha usado para cerrar el ductus arteriovenoso, por un mecanismo de inhibición de los precursores de los compuestos que mantienen el tonus muscular, produciendo el prolapso del ductus.

DOSIS Y PRESENTACION

Debe empezar con dosis bajas, aumentándolas progresivamente; la dosis máxima está entre 100 y 200 mgr,

En el mercado existen dos presentaciones:

- Flexono (Sanitas) frasco de 30 cápsulas de 25 mg.US\$ 2.2
- Indocid (Merck) frasco de 20 cápsulas de 50 mg.US\$ 5.0
- frasco de 20 cápsulas de 25 mg.US\$ 4.0
- supositorios 5 c/u. 100 mg. US\$ 4.0

I B U P R O F E N

=====

Es un derivado del ácido fenilpropiónico y se usa desde 1960. En la dosis recomendada su efecto antiinflamatorio es menor que el de la aspirina, pero a dosis bajas puede producir buena analgesia, sin efectos antiinflamatorios manifiestos.

Tiene menos efectos tóxicos gastrointestinales que la aspirina, pero aún así sigue teniendo ésta, indicación de primera línea en los reumatismos, ya que es mejor antiinflamatorio.

Como efectos laterales, se ha visto en algunos casos reactivación de una úlcera péptica, dispepsia; sin

embargo, siendo con cuidado, podría indicársele, según algunos autores, en enfermos ulcerosos, ya que es menos el riesgo de la hemorragia digestiva.

Podría producir algún daño hepático, con alteraciones de las pruebas hepáticas, pero sin significado práctico.

Otros efectos contralaterales son cefalea, mareos, disminución de agudeza visual y ocasionalmente rash; todos estos son raros y de escasa repercusión.

Las indicaciones son las mismas que los otros medicamentos.

La dosis media es entre 600 a 1.200 mg., como dosis máxima 2.400 mg.; no hay evidencia que dosis superiores a 1.200 mg. estén asociadas con un aumento de la toxicidad.

En Chile existe el Motrin: frasco de 30 grageas de 200 mg. US.\$ 3.4, y frasco de 100 grageas US.\$ 10.2.-

B I B L I O G R A F I A

1. Brooks P.M., et al.
Indomethacin - Aspirin Interaction. A Clinical Appraisal.
J. Med. British. 3: 697, 1975
2. Dodsfrey and S. de la Cruz.
Effect of Ibuprofen Dosage, on Patient Response in Rheu-
matoid Arthritis.
Arthritis and Reum. 18: 135, 1975
3. Goodman and Gilman.
The Pharmacological Basis of Therapeutic.
5° Ed. p. 341, 1975
4. Granello R.A. et al.
Pathogenesis of Salmonella Mediated Intestine Fluid Se-
cretory Activation of Adenylcyclase and Inactivation by
Indomethacin.
Gastroenterology. 69: 1238, 1975
5. Hoyt SB.
Lettes.
Jama. 222: 1062, 1972
6. Huskisson et al.
Ibuprofen . A Review
The Practitioner. 207:639, 1971
7. Kaidbey - Kurber.
The Influence of Cortico steroids and Topic Indometha-
cin in Sunburn Erythema.
The J. of Inver. Dermatology. 66: 153, 1976

8. Mills J.A.
Non Esteroidal Antinflammatory Drugs.
The New Engl. J. of Med. 290: 1002, 1974
9. Minuth A. et al.
Indomethacin Treatment of Pericarditis in Chronic
Hemodialysis Patients.
Arch. of Int. Medicine. 135: 807, 1975
10. Luns G.
Potentiation of the Renal Medullary Cyclic Amp. Response
to Vasopresin by Indomethacin in Vivo.
Kidney International. 8: 484, 1975
11. Norman S.
Indomethacin Treatment of Refractory Nefrotic Syndrome.
Kidney International. 8 : 420, 1975
12. Slatt B.A.
Indomethacin in Breast Cancer. Lettes
The Lancet. 2: 384, 1975
13. Valdenobano et al.
Indometacina en el Tratamiento del Sindrome Nefrósico.
Rev. Clínica Española. 122: 234, 1971
14. Wignst N. et al.
Premature Labor and Indomethacin.
Prostaglandin 10 (3): 5, 1975

