

RESUMEN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PRODUCTO

Nombre del producto:	Nexium® 40 mg (Esomeprazol magnésico)
Forma farmacéutica:	Tableta recubierta
Fortaleza:	40 mg
Presentación:	Estuche por un blíster de AL/AL con 3 tabletas recubiertas. Estuche por 1,2 ó 4 blísteres de AL/AL con 7 tabletas recubiertas.
Titular del Registro Sanitario, país:	ASTRAZENECA U.K. LIMITED., Cheshire, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte.
Fabricante, país:	1-ASTRAZENECA A.B., Södertälje, Suecia. (Fabricante) 2-ASTRAZENECA S.A. DE C.V., Ciudad de México, México. (Acondicionador primario y secundario)
Número de Registro Sanitario:	1856
Fecha de Inscripción:	23 de diciembre de 2002
Composición:	
Cada tableta recubierta contiene:	
Esomeprazol magnésico (eq. a 44,5 mg de esomeprazol magnésico trihidratado)	40,00 mg
Plazo de validez:	24 meses
Condiciones de almacenamiento:	Almacenar por debajo de 30 °C. Protéjase de la luz y la humedad.

Indicaciones terapéuticas:

Nexium tabletas está indicado en adultos para:

Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE): Tratamiento de esofagitis erosiva por reflujo. Tratamiento prolongado luego de prevención inducida por i.v. del resangrado de úlceras pépticas. Tratamiento del síndrome de Zollinger Ellison

Nexium tabletas está indicado en adolescentes a partir de los 12 años para: Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Tratamiento de esofagitis erosiva por reflujo.

Contraindicaciones:

Hipersensibilidad conocida al esomeprazol, benzimidazoles sustituidos o cualquier otro componente de la formulación.

El esomeprazol no debe usarse de manera concomitante con nelfinavir (consulte la sección Interacción con otros productos medicinales y otras formas de interacción).

Precauciones y advertencias especiales y de uso:

En presencia de cualquier síntoma de alarma (p.ej. pérdida de peso involuntaria y significativa, vómitos recurrentes, disfagia, hematemesis o melena) y cuando se sospeche la presencia o exista úlcera gástrica, debe excluirse la malignidad ya que el tratamiento con Nexium pudiera aliviar síntomas y retrasar el diagnóstico.

Uso a largo plazo: Los pacientes bajo tratamiento de largo plazo (particularmente aquellos

tratados por más de un año) deben mantenerse bajo vigilancia regular.

Tratamiento a demanda: Debe informarse a los pacientes bajo tratamiento a demanda que deben contactar a su médico en caso de que sus síntomas cambien de naturaleza.

Erradicación del *Helicobacter pylori*: Al momento de prescribir esomeprazol para la erradicación de *Helicobacter pylori*, deben considerarse las posibles interacciones farmacológicas para todos los componentes en la terapia triple. La claritromicina es un inhibidor potente de CYP3A4 y por lo tanto deben considerarse las contraindicaciones e interacciones para claritromicina cuando se usa terapia triple en pacientes que toman de forma concurrente otros fármacos metabolizados mediante CYP3A4 como por ejemplo cisaprida.

Infecciones gastrointestinales: El tratamiento con inhibidores de la bomba de protones pudiera llevar a un ligero aumento en el riesgo de infecciones gastrointestinales tales como *Salmonella* y *Campylobacter* (consulte la sección 5.1).

Absorción de la vitamina B12: Esomeprazol, como ocurre con todos los medicamentos bloqueadores del ácido, pudiera reducir la absorción de la vitamina B12 (cianocobalamina) debido a hipoclorhidria o aclorhidria. Esto debe considerarse en pacientes con bajas reservas corporales o factores de riesgo de menor absorción de la vitamina B12 bajo terapia de largo plazo.

Hipomagnesemia: Se ha reportado hipomagnesemia grave en pacientes tratados con inhibidores de la bomba de protones (IPP) como por ejemplo esomeprazol durante al menos tres meses, y en la mayoría de los casos durante un año. Pudieran ocurrir graves manifestaciones de hipomagnesemia como por ejemplo fatiga, tetania, delirio, convulsiones, mareos y arritmia ventricular, pero pudieran empezar insidiosamente y pasar desapercibidas. En los pacientes más afectados, la hipomagnesemia mejoró luego del reemplazo de magnesio y la discontinuación de los IPP. En el caso de pacientes que se tiene previsto que se encuentren bajo tratamiento prolongado o que tomen IPP con digoxina o medicamentos que pudieran causar hipomagnesemia (p.ej. diuréticos), los profesionales de la salud deben considerar medir los niveles de magnesio antes de iniciar el tratamiento con IPP y de forma periódica durante el tratamiento.

Riesgo de fractura: Los inhibidores de la bomba de protones, especialmente si se usan en dosis altas y durante largos períodos (>1 año), pudieran aumentar modestamente el riesgo de fractura de caderas, muñecas y columna, predominantemente en personas de edad avanzada o en presencia de otros factores de riesgo reconocidos. Estudios observacionales sugieren que los inhibidores de bomba de protones pudieran aumentar el riesgo global de fractura entre un 10-40%. Cierta parte de este aumento pudiera deberse a otros factores de riesgo. Los pacientes bajo riesgo de osteoporosis deben recibir atención de acuerdo con los lineamientos clínicos vigentes y deben tener una ingesta adecuada de vitamina D y calcio.

Lupus eritematoso cutáneo subagudo (LECSA): Los inhibidores de la bomba de protones están asociados con casos muy poco frecuentes de Lupus Eritematoso Cutáneo Subagudo (LECSA). Si se producen lesiones, especialmente en áreas de la piel expuestas a la luz solar, y si estuvieran acompañadas de artralgia, el paciente debe solicitar asistencia médica de inmediato y el profesional de atención médica debe considerar interrumpir Nexium. El LECSA después de un tratamiento previo con un inhibidor de la bomba de protones puede aumentar el riesgo de LECSA con otros inhibidores de la bomba de protones.

Si un paciente tratado con un inhibidor de la bomba de protones desarrolla lesiones, especialmente en áreas de la piel expuestas al sol, y se acompaña de artralgia, se aconseja: Evitar la exposición de la piel al sol

Considerar el lupus eritematoso cutáneo subagudo como un posible diagnóstico

Considerar la posibilidad de suspender el uso del inhibidor de la bomba de protones a menos que sea imprescindible para una condición grave relacionada a la acidez.

Un paciente que desarrolla lupus eritematoso cutáneo subagudo con un inhibidor de la bomba de protones en particular, puede estar en riesgo de desarrollar la misma reacción al exponerse a otro inhibidor de la bomba de protones.

En la mayoría de los casos, los síntomas se resuelven con la retirada del inhibidor de la bomba de protones.

Los esteroides tópicos o sistémicos podrían ser necesarios para el tratamiento del lupus eritematoso cutáneo subagudo, sólo si no hay signos de remisión después de unas pocas semanas o meses.

Combinación con otros medicamentos: No se recomienda la coadministración de esomeprazol con atazanavir (consulte la sección 4.5). En caso de que la combinación de atazanavir con un inhibidor de la bomba de protones se considere inevitable, se recomienda un monitoreo clínico cercano en combinación con un aumento en la dosis de atazanavir hasta 400 mg con 100 mg de ritonavir; no debe excederse la dosis de esomeprazol 20 mg.

Esomeprazol es un inhibidor de la CYP2C19. Al momento de iniciar o finalizar el tratamiento con esomeprazol, debe considerarse el potencial de interacciones con medicamentos metabolizados a través de la CYP2C19. Se observa una interacción entre clopidogrel y esomeprazol (consulte la sección 4.5). La relevancia clínica de esta interacción es incierta. Como precaución, no se recomienda el uso concomitante de esomeprazol y clopidogrel.

Al prescribir esomeprazol para la terapia a demanda, deben considerarse las interacciones con relación a las interacciones con otros fármacos debido a las fluctuantes concentraciones plasmáticas de esomeprazol. Consulte la sección 4.5.

Sacarosa: Este medicamento contiene sacarosa. Los pacientes con problemas hereditarios inusuales de intolerancia a la fructosa, mala absorción de glucosa-galactosa o insuficiencia de sacarasa- isomaltasa no deben tomar este medicamento.

Interferencia con pruebas de laboratorio: El aumento en el nivel de cromogranina A (CgA) pudiera interferir con las investigaciones sobre tumores neuroendocrinos. Para evitar esta interferencia, debe interrumpirse el tratamiento de esomeprazol durante al menos 5 días antes de las mediciones de CgA (consulte la sección 5.1). En caso de que los niveles de CgA y gastrina no hayan vuelto al rango de referencia luego de la medición inicial, las mediciones deben repetirse 14 días después de la cesación del tratamiento con inhibidor de la bomba de protones.

Contenido de sodio: Este medicamento contiene menos de 1 mmol de sodio (23 mg) por tableta, es decir, esencialmente 'libre de sodio'.

Efectos indeseables:

Dolor de cabeza, dolor abdominal, diarrea y náuseas son las reacciones adversas que se han informado con mayor frecuencia en ensayos clínicos (y también a partir del uso posterior a la comercialización). Además, el perfil de seguridad es similar para las diferentes formulaciones, las indicaciones de tratamiento, los grupos etarios y las poblaciones de pacientes. No se han identificado reacciones adversas relacionadas con las dosis.

Las siguientes reacciones adversas medicamentosas se han identificado o sospechado en el programa de ensayos clínicos para esomeprazol y posteriores a la comercialización. Ninguna se halló relacionada con la dosis. Las reacciones se clasifican de acuerdo con la frecuencia: muy frecuente > 1/10, frecuente ≥ 1/100 a < 1/10, poco frecuente ≥ 1/1000 a < 1/100, rara ≥ 1/10 000 a < 1/1000, muy rara < 1/10 000 o desconocida (no se puede calcular a partir de los datos disponibles).

Clase de sistema órgano	Frecuencia	Efecto no deseable
Trastornos en la sangre y en el sistema linfático	Inusuales	Leucopenia, trombocitopenia
	Muy inusuales	Agranulocitosis, pancitopenia
Trastornos del sistema inmunológico	Inusuales	Reacciones de hipersensibilidad p.ej. fiebre, angioedema y reacción/choque anafiláctico
Trastornos metabólicos y nutricionales	Poco frecuentes	Edema periférico
	Inusuales	Hiponatremia
	Desconocida	Hipomagnesemia (consulte la sección 4.4); la hipomagnesemia grave puede correlacionarse con la hipocalcemia. La hipomagnesemia también puede asociarse a la hipocalcemia.

Trastornos psiquiátricos	Poco frecuentes	Insomnio
	Inusuales	Agitación, confusión, depresión
	Muy inusuales	Agresión, alucinaciones
Trastornos del sistema nervioso	Frecuentes	Cefalea
	Poco frecuentes	Mareos, parestesia, somnolencia
	Inusuales	Trastornos en el gusto
Trastornos de la vista	Inusuales	Visión borrosa
Trastornos del oído y del laberinto	Poco frecuentes	Vértigo
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastinales	Inusuales	Broncoespasmo
Trastornos gastrointestinales	Frecuentes	Dolor abdominal, estreñimiento, diarrea, flatulencia, náuseas/vómitos, pólipos de las glándulas fúndicas (benignos)
	Poco frecuentes	Boca seca
	Inusuales	Estomatitis, candidiasis gastrointestinal
	Desconocida	Colitis microscópica
Trastornos hepatobiliares	Poco frecuentes	Aumento de las enzimas hepáticas
	Inusuales	Hepatitis con o sin ictericia
	Muy inusuales	Falla hepática, encefalopatía en pacientes con enfermedad hepática preexistente
Trastornos en la piel y del tejido subcutáneo	Poco frecuentes	Dermatitis, prurito, salpullido, urticaria
	Inusuales	Alopecia, fotosensibilidad
	Muy inusuales	Eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica (TEN)
	Desconocida	Lupus eritematoso cutáneo subagudo (consulte la sección 4.4)
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo	Poco frecuentes	Fractura de la cadera, muñeca o columna vertebral (consulte la sección 4.4)
	Inusuales	Artralgia, mialgia
	Muy inusuales	Debilidad muscular
Trastornos renales y urinarios	Muy inusuales	Nefritis intersticial: en algunos pacientes, se ha reportado falla renal de forma concomitante.

Trastornos del sistema reproductivo y de los senos	Muy inusuales	Ginecomastia
Trastornos generales y condiciones del sitio de administración	Inusuales	Malestar, aumento en la sudoración

Reportar presuntas reacciones adversas luego de la autorización del medicamento es importante. Permite un monitoreo continuo del balance riesgo/beneficio del medicamento.

Posología y modo de administración:

Posología:

Adultos:

Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE): Tratamiento de esofagitis erosiva por reflujo, 40 mg una vez al día durante 4 semanas.

Se recomienda un tratamiento adicional de 4 semanas para pacientes en quienes la esofagitis no ha cicatrizado o que presentan síntomas persistentes.

Tratamiento prolongado luego de prevención inducida por i.v. del resangrado de úlceras pépticas: 40 mg una vez al día durante 4 semanas luego de prevención inducida por i.v. del resangrado de úlceras pépticas.

Tratamiento del síndrome de Zollinger Ellison: La dosis inicial recomendada es Nexium 40 mg dos veces al día. Luego la dosis debe ser ajustada individualmente y continuarse con el tratamiento en la medida que sea indicado clínicamente. Con base en los datos clínicos disponibles, la mayoría de los pacientes pueden ser controlados bajo dosis diarias entre 80 y 160 mg de esomeprazol. Con dosis diarias superiores a 80 mg, la dosis debe dividirse y administrarse dos veces al día.

Poblaciones especiales:

Insuficiencia renal: No se requiere ajuste de dosis en pacientes con deterioro de la función renal. Debido a la experiencia limitada en pacientes con insuficiencia renal grave, dichos pacientes deben ser tratados con precaución (consulte la sección precauciones).

Insuficiencia hepática: No se requiere ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia hepática leve a moderada. En el caso de pacientes con insuficiencia hepática grave, no debe excederse la dosis máxima de 20 mg de Nexium (consulte la sección advertencias y precauciones).

Personas de edad avanzada: No se requiere ajuste de dosis en personas de edad avanzada.

Población pediátrica: Adolescentes a partir de los 12 años de edad:

Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE): Tratamiento de la esofagitis erosiva por reflujo, 40 mg una vez al día por 4 semanas

Se recomienda un tratamiento de 4 semanas adicionales para pacientes en quienes la esofagitis no ha cicatrizado o que presentan síntomas persistentes

Niños menores de 12 años: Para la posología en pacientes en edad entre 1 y 11 años, debe consultar la Información para Prescribir de Nexium gránulos.

Método de administración: Las tabletas deben tragarse enteras con líquido. Las tabletas no deben masticarse ni triturarse. En el caso de pacientes que tengan dificultad para tragar, las tabletas también pueden dispersarse en medio vaso de agua no gasificada. No deben usarse otros líquidos ya que la cubierta entérica pudiera disolverse. Revuelva hasta que las tabletas se desintegren y tome el líquido con los gránulos inmediatamente o dentro de 30 minutos. Enjuague el vaso con la mitad de un vaso de agua y tómelo. Los gránulos no deben masticarse o triturarse. En el caso de pacientes que no pueden tragar, las tabletas pueden dispersarse en agua no gasificada y administrarse a través de una sonda gástrica. Es importante examinar cuidadosamente la idoneidad de la jeringa y sonda seleccionadas.

Interacción con otros productos medicinales y otras formas de interacción:

Solo se han realizado estudios de interacción en adultos.

Inhibidores de proteasa: Se ha reportado que omeprazol interactúa con algunos inhibidores de proteasa. La importancia clínica y los mecanismos detrás de estas interacciones reportadas no siempre se conocen. El aumento del pH gástrico durante el tratamiento con omeprazol pudiera cambiar la absorción de los inhibidores de proteasa. Otros posibles mecanismos de interacción son mediante la inhibición de la CYP2C19.

En el caso de atazanavir y nelfinavir, se ha reportado una disminución en los niveles séricos cuando se administran conjuntamente con omeprazol y no se recomienda la administración concomitante. La coadministración de omeprazol (40 mg una vez al día) con atazanavir 300 mg/ritonavir 100 mg en voluntarios sanos resultó en una reducción sustancial en la exposición de atazanavir (aproximadamente una disminución del 75% en el ABC, C_{max} y C_{min}). El aumento de la dosis de atazanavir hasta 400 mg no compensó el impacto de omeprazol sobre la exposición de atazanavir. La coadministración de omeprazol (20 mg qd) con atazanavir 400 mg/ritonavir 100 mg en voluntarios sanos resultó en una disminución de aproximadamente el 30% en la exposición de atazanavir comparada con la exposición observada con atazanavir 300mg/ritonavir 100 mg qd sin omeprazol 20 mg qd. La coadministración de omeprazol (40 mg qd) redujo la media del ABC, C_{max} y C_{min} de nelfinavir en un 36–39 % y la media del ABC, C_{max} y C_{min} para el metabolito farmacológicamente activo M8 se redujo en un 75-92%. Debido a los efectos farmacodinámicos similares y a las propiedades farmacocinéticas de omeprazol y esomeprazol, no se recomienda la administración concomitante con esomeprazol y atazanavir (consulte la sección 4.4) y la administración concomitante con esomeprazol y nelfinavir está contraindicada (consulte la sección 4.3).

En el caso de saquinavir (con ritonavir concomitante), se ha reportado un aumento en los niveles séricos (80-100%) durante el tratamiento concomitante con omeprazol (40 mg qd). El tratamiento con omeprazol 20 mg qd no tuvo efecto sobre la exposición de darunavir (con ritonavir concomitante) y amprenavir (con ritonavir concomitante). El tratamiento con esomeprazol 20 mg qd no tuvo efectos sobre la exposición de amprenavir (con o sin ritonavir concomitante). El tratamiento con omeprazol 40 mg qd no tuvo efecto sobre la exposición de lopinavir (con ritonavir concomitante).

Metotrexato: Cuando se administra conjuntamente con IPP, se ha reportado que los niveles de metotrexato aumentan en algunos pacientes. En el caso de administración de altas dosis de metotrexato pudiera tener que considerarse una suspensión temporal de esomeprazol.

Tacrolimus: Se ha reportado que la administración concomitante de esomeprazol aumenta los niveles séricos de tacrolimus. Debe realizarse un monitoreo reforzado de las concentraciones de tacrolimus, así como de la función renal (depuración de creatinina), y ajustar la dosis de tacrolimus en caso de ser necesario.

Medicamentos con absorción dependiente del pH: La supresión del ácido gástrico durante el tratamiento con esomeprazol y otros IPP pudiera disminuir o incrementar la absorción de medicamentos con una absorción dependiente del pH gástrico. Tal y como ocurre con otros medicamentos que disminuyen la acidez intragástrica, la absorción de medicamentos tales como ketoconazol, itraconazol y erlotinib puede disminuir y la absorción de digoxina puede aumentar durante el tratamiento con esomeprazol. El tratamiento concomitante con omeprazol (20 mg diariamente) y digoxina en sujetos sanos aumentó la biodisponibilidad de digoxina en un 10% (hasta un 30% en dos de cada diez sujetos). La toxicidad de digoxina se ha reportado inusualmente. Sin embargo, debe tenerse cuidado cuando se administra esomeprazol a altas dosis en pacientes de edad avanzada. Por lo tanto, debe reforzarse el monitoreo terapéutico farmacológico de digoxina.

Medicamentos metabolizados mediante CYP2C19: Esomeprazol inhibe la CYP2C19, la enzima principal metabolizadora de esomeprazol. De este modo, cuando esomeprazol se combina con medicamentos metabolizados mediante CYP2C19, tales como diazepam, citalopram, imipramina, clomipramina, fenitoína etc., las concentraciones plasmáticas de estos medicamentos pueden aumentar y pudiera requerirse una reducción de dosis. Esto debe considerarse especialmente cuando se prescribe esomeprazol para la terapia a demanda.

Diazepam: La administración concomitante de 30 mg de esomeprazol resultó en una disminución del 45% en la depuración del sustrato de diazepam de CYP2C19.

Fenitoína: La administración concomitante de 40 mg de esomeprazol resultó en un aumento del 13% en los niveles valle plasmáticos de fenitoína en pacientes epilépticos. Se recomienda monitorear las concentraciones plasmáticas de fenitoína cuando se introduce o se suspende el tratamiento con esomeprazol.

Voriconazol: Omeprazol (40 mg una vez al día) aumentó la C_{max} y ABC₀ de voriconazol (un sustrato de CYP2C19) en un 15% y 41%, respectivamente.

Cilostazol: Omeprazol, así como esomeprazol, actúan como inhibidores de la CYP2C19. Omeprazol, administrado en dosis de 40 mg a sujetos sanos en un estudio cruzado, aumentó la C_{max} y el ABC respecto a cilostazol en un 18% y 26% respectivamente, y uno de sus metabolitos activos en un 29% y 69% respectivamente.

Cisaprida: En voluntarios sanos, la administración concomitante de 40 mg de esomeprazol resultó en un aumento del 32% en el área bajo la curva de concentración-tiempo plasmática (ABC) y un 31% de prolongación de la vida media de eliminación ($t_{1/2}$) pero sin un aumento significativo en los niveles plasmáticos pico de cisaprida. El intervalo QTc ligeramente prolongado que se observó luego de la administración de cisaprida solamente, no se prolongó adicionalmente cuando se administró cisaprida en combinación con esomeprazol (consulte la sección 4.4).

Warfarina: La administración concomitante de 40 mg de esomeprazol en pacientes tratados con warfarina en un ensayo clínico demostró que los tiempos de coagulación estaban dentro del rango aceptado. Sin embargo, durante la poscomercialización se han reportado unos pocos casos aislados de INR elevado de significancia clínica durante el tratamiento concomitante. Se recomienda monitoreo al momento de iniciar y finalizar el tratamiento concomitante con esomeprazol durante el tratamiento con warfarina u otros derivados de cumarina.

Clopidogrel: Resultados de estudios en sujetos sanos han demostrado una interacción farmacocinética (PK)/ farmacodinámica (PD) entre clopidogrel (carga de dosis de 300 mg /dosis de mantenimiento diaria de 75 mg) y esomeprazol (40 mg p.o. diariamente) resultando en una disminución de la exposición al metabolito activo de clopidogrel en un promedio de 40% y resultando en una menor inhibición máxima de agregación plaquetaria (inducida por ADP) en un promedio de 14%. Cuando se administró clopidogrel en conjunto con una combinación de dosis fija de esomeprazol 20 mg + ASA 81 mg en comparación con clopidogrel solamente en un estudio con sujetos sanos hubo una disminución de la exposición en casi el 40% del metabolito activo de clopidogrel. Sin embargo, los niveles máximos de inhibición de agregación plaquetaria (inducida por ADP) en estos sujetos fueron los mismos en los grupos de clopidogrel y de clopidogrel + el producto combinado (esomeprazol + ASA).

Se han reportado datos inconsistentes sobre las implicaciones clínicas de una interacción de PK/PD de esomeprazol en términos de eventos cardiovasculares mayores provenientes tanto de estudios clínicos observacionales como clínicos. Como precaución se recomienda abstenerse del uso concomitante de clopidogrel.

Medicamentos investigados sin interacción clínicamente relevante Amoxicilina y quinidina
Esomeprazol ha demostrado no tener efectos clínicamente relevantes sobre la farmacocinética de amoxicilina o quinidina.

Naproxeno o rofecoxib: Estudios que evaluaron la administración concomitante de esomeprazol y bien de naproxeno o rofecoxib no identificaron interacciones farmacocinéticas clínicamente relevantes durante estudios de corto plazo.

Efectos de otros medicamentos sobre la farmacocinética de esomeprazol:

Medicamentos que inhiben la CYP2C19 y/o la CYP3A4: Esomeprazol se metaboliza mediante la CYP2C19 y la CYP3A4. La administración concomitante de esomeprazol y de un inhibidor de la CYP3A4, claritromicina (500 mg b.i.d.), resultó en una duplicación de la exposición (ABC) al esomeprazol. La administración concomitante de esomeprazol y un inhibidor combinado de la CYP2C19 y la CYP3A4 pudiera resultar en más del doble de la exposición de esomeprazol. El inhibidor de la CYP2C19 y la CYP3A4, voriconazol aumentó el ABC de omeprazol en un 280%. No se requiere un ajuste regular de la dosis de esomeprazol en cualquiera de estas situaciones. Sin embargo, debe considerarse el ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia hepática grave y en caso de que se indique el tratamiento de largo plazo.

Medicamentos que inducen la CYP2C19 y/o la CYP3A4: Medicamentos que se sabe inducen la CYP2C19 o la CYP3A4 o ambas (tales como rifampicina y la hierba de San Juan) pudieran llevar a una disminución de los niveles séricos de esomeprazol mediante el aumento del metabolismo de esomeprazol.

Uso en Embarazo y lactancia:

Embarazo: Los datos clínicos sobre embarazos expuestos con Nexium son insuficientes. Con la mezcla racémica, los datos de omeprazol sobre un número mayor de embarazos

expuestos provenientes de estudios epidemiológicos indican la ausencia de efectos de malformaciones o fitotóxicos. Estudios en animales con esomeprazol no indican efectos dañinos directos o indirectos con respecto al desarrollo embrionario/fetal. Estudios en animales con mezcla racémica no indican efectos dañinos directos o indirectos con respecto al desarrollo del embarazo, parto o posnatal. Debe tenerse cuidado al momento de prescribir Nexium en mujeres embarazadas: Existe una cantidad moderada de datos sobre mujeres embarazadas (entre 300-1000 de desenlaces de embarazo) que indica la ausencia de toxicidad malformativa o feto/neonatal para esomeprazol. Estudios en animales no indican efectos dañinos directos o indirectos con respecto a la toxicidad reproductiva.

Lactancia: No se sabe si esomeprazol se excreta en la leche materna humana. Existe información insuficiente sobre los efectos de esomeprazol en recién nacidos/bebés. Esomeprazol no debe usarse durante la lactancia.

Fertilidad: Estudios en animales con la mezcla racémica omeprazol no indican efectos con respecto a la fertilidad cuando se administró oralmente.

Efectos sobre la conducción de vehículos/maquinarias:

El esomeprazol produce un efecto mínimo en la capacidad de conducir y operar maquinaria. Se han informado reacciones adversas tales como mareo (poco frecuente) y visión borrosa (rara) (consulte la sección reacciones adversas). Si los pacientes sufrieran estos efectos, no deben conducir ni operar maquinaria.

Propiedades farmacodinámicas:

Código ATC: A02BC05.

Grupo farmacoterapéutico: Agentes contra la úlcera péptica y el reflujo gastroesofágico.

Inhibidor de la bomba de protones.

El esomeprazol es el isómero S del omeprazol y reduce la secreción de ácido gástrico a través de un mecanismo de acción dirigido específico. Es un inhibidor específico de la bomba de ácido en la célula parietal. Tanto el isómero R como el isómero S del omeprazol tienen una actividad farmacodinámica similar.

Mecanismo de acción: El esomeprazol es una base débil y se concentra y convierte en la forma activa en el entorno altamente ácido del canalículo secretor de la célula parietal, donde inhibe la enzima H⁺K⁺-ATPasa, la bomba de ácido, e inhibe la secreción de ácido basal y estimulada.

Efectos farmacodinámicos: Después de la administración de la dosis oral con esomeprazol 20 mg y 40 mg, la aparición del efecto se produce en una hora. Después de la administración repetida con 20 mg de esomeprazol una vez al día durante cinco días, la producción pico promedio de ácido después de la estimulación de pentagastrina se redujo en un 90 % al medirse 6-7 horas después de la administración de la dosis el día cinco.

Después de cinco días de administración de dosis oral con 20 mg y 40 mg de esomeprazol, el pH intragástrico superior a 4 se mantuvo durante un tiempo promedio de 13 horas y 17 horas, respectivamente, en un periodo de 24 horas en pacientes con ERGE sintomática. La proporción de pacientes que mantuvieron un pH intragástrico por encima de 4 durante al menos 8, 12 y 16 horas, respectivamente, fueron 76 %, 54 % y 24 %. para esomeprazol 20 mg. Las proporciones correspondientes para esomeprazol 40 mg fueron 97 %, 92 % y 56 %.

Usando el ABC como parámetro sustituto para la concentración en plasma, se demostró una relación entre la inhibición de la secreción de ácido y la exposición.

Efectos terapéuticos de la inhibición del ácido: La cicatrización de la esofagitis por reflujo con esomeprazol 40 mg se produce en aproximadamente el 78 % de los pacientes después de cuatro semanas y en el 93 % después de ocho semanas.

Un tratamiento de una semana con esomeprazol 20 mg dos veces al día y los antibióticos apropiados produce una erradicación correcta de *H. pylori* en aproximadamente el 90 % de los pacientes. Después del tratamiento de erradicación de una semana, no se necesita una monoterapia posterior con fármacos antiseoretos para la cicatrización eficaz de la úlcera y la resolución de los síntomas en úlceras duodenales no complicadas.

En un estudio clínico aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo, los pacientes con sangrado por úlcera péptica confirmada por endoscopia caracterizada como Forrest Ia, IIa o IIb (9 %, 43 %, 38 % y 10 %, respectivamente) fueron aleatorizados para recibir solución de Nexium para infusión (n = 375) o placebo (n = 389). Después de la hemostasia endoscópica, los pacientes recibieron esomeprazol 80 mg como infusión intravenosa durante 30 minutos, seguida de una infusión continuada de 8 mg por hora o placebo durante 72 horas. Después del periodo inicial de 72 horas, todos los pacientes recibieron Nexium 40 mg oral abierto durante 27 días para la supresión de ácido. La incidencia de un nuevo sangrado en el lapso de los 3 días fue del 5,9 % en el grupo tratado con Nexium en comparación con el 10,3 % para el grupo de placebo. A los 30 días después del tratamiento, la incidencia de un nuevo sangrado en el grupo tratado con Nexium frente al grupo tratado con placebo fue del 7,7 % frente al 13,6 %.

Otros efectos relacionados con la inhibición del ácido: Durante el tratamiento con productos medicinales antiseoretos, la gastrina sérica aumenta en respuesta a la menor secreción de ácido. La CgA también aumenta debido a la menor acidez gástrica. El mayor nivel de CgA puede interferir con las investigaciones de tumores neuroendocrinos. La evidencia publicada sugiere que los inhibidores de la bomba de protones deben discontinuarse entre 5 días y 2 semanas antes de las mediciones de CgA. El objetivo es permitir que los niveles de CgA que podrían ser falsamente elevados después del tratamiento con PPI regresen al intervalo de referencia.

Se ha observado un número más alto de células ECL posiblemente relacionado con los mayores niveles de gastrina en suero tanto en niños como en adultos durante el tratamiento a largo plazo con esomeprazol. Los hallazgos no se consideran clínicamente significativos.

Durante el tratamiento a largo plazo con fármacos antiseoretos, se informaron quistes glandulares gástricos con una frecuencia un tanto mayor. Estos cambios son una consecuencia fisiológica de la inhibición pronunciada de la secreción de ácidos, son benignos y parecen ser reversibles. La menor acidez gástrica por cualquier medio, incluidos los inhibidores de la bomba de protones, aumenta los recuentos gástricos de bacterias normalmente presentes en el tracto gastrointestinal. El tratamiento con los inhibidores de la bomba de protones puede causar un leve aumento del riesgo de padecer infecciones gastrointestinales como *Salmonella* y *Campylobacter*, y en pacientes hospitalizados, posiblemente también *Clostridium difficile*.

Eficacia clínica

En dos estudios con ranitidina como comparador activo, Nexium exhibió un mejor efecto en la cicatrización de úlceras gástricas en pacientes que tomaban AINE, incluidos AINE selectivos de la COX-2.

En dos estudios con placebo como comparador, Nexium exhibió un mejor efecto en la prevención de úlceras gástricas y duodenales en pacientes que tomaban AINE (>60 años de edad y/o con úlcera previa), incluidos AINE selectivos de la COX-2.

Población pediátrica: En un estudio de pacientes pediátricos con ERGE (<1 a 17 años de edad) que recibieron tratamiento con PPI a largo plazo, el 61 % de estos niños desarrolló grados menores de hiperplasia de células ECL sin relevancia clínica conocida y sin desarrollo de gastritis atrófica o tumores carcinoides.

Propiedades farmacocinéticas (Absorción, distribución, biotransformación, eliminación):

Absorción: Esomeprazol es un ácido lábil y se administra oralmente como gránulos entéricos recubiertos. La conversión *in vivo* al isómero R es insignificante. La absorción de esomeprazol

es rápida, con niveles plasmáticos pico ocurriendo aproximadamente 1-2 horas después de la dosis. La biodisponibilidad absoluta es del 64% luego de una sola dosis de 40 mg y aumenta hasta 89% luego de la administración repetida una vez al día. En el caso de esomeprazol 20 mg los valores correspondientes son 50% y 68%, respectivamente.

La ingesta de comida retrasa y disminuye la absorción de esomeprazol a pesar de que esto no tuvo influencia significativa en el efecto de esomeprazol sobre la acidez intragástrica.

Distribución: El volumen aparente de distribución en estado de reposo en sujetos sanos es de aproximadamente 0.22 l/kg de peso corporal. Esomeprazol se une a la proteína de plasma en un 97%.

Biotransformación: Esomeprazol se metaboliza completamente por el sistema del citocromo P450 (CYP). La parte principal del metabolismo de esomeprazol es dependiente de la CYP2C19 polimórfica, responsable de la formación de los hidroximetabolitos y desmetilmetabolitos de esomeprazol. La parte restante es dependiente de otra isoforma específica, CYP3A4, responsable de la formación de esomeprazol sulfona, el principal metabolito en el plasma.

Eliminación: Los parámetros a continuación reflejan principalmente la farmacocinética en personas con una enzima CYP2C19 funcional, y extensos metabolizadores. El total de depuración en plasma es cercano a 17 l/h luego de una sola dosis, y cercano a 9 l/h luego de una administración repetida. La vida media de eliminación en plasma es cercana a 1.3 horas luego de administración repetida una vez al día. Esomeprazol se elimina completamente del plasma entre dosis, sin tendencia de acumulación durante la administración una vez al día. Los metabolitos principales de esomeprazol no tienen efecto sobre la secreción de ácido gástrico. Casi el 80% de una dosis oral de esomeprazol se excreta como metabolitos en la orina, y la cantidad restante en las heces. Menos del 1% del fármaco origen se encuentra en la orina.

Instrucciones de uso, manipulación y destrucción del remanente no utilizable del producto:

1. Coloque la tableta en una jeringa apropiada y llene la jeringa con aproximadamente 25 ml de agua y aproximadamente 5 ml de aire. En el caso de algunas sondas, se requiere dispersión en 50 ml de agua para evitar que los gránulos bloqueen la sonda.
2. Agite inmediatamente la jeringa durante aproximadamente 2 minutos para dispersar la tableta.
3. Sostenga la jeringa con la punta hacia arriba y verifique que la punta no está obstruida.
4. Conecte la jeringa a la sonda mientras mantiene la posición antes mencionada.
5. Agite la jeringa y colóquela con la punta apuntando hacia abajo. Inyecte inmediatamente 5 – 10 ml en la sonda. Invierta la jeringa luego de la inyección y agite (la jeringa debe sostenerse con la punta apuntando hacia arriba para evitar la obstrucción de la misma)
6. Gire la jeringa con la punta hacia abajo e inyecte inmediatamente otros 5 – 10 ml en la sonda. Repita este procedimiento hasta que la jeringa esté vacía.
7. Llene la jeringa con 25 ml de agua y 5 ml de aire y repita el paso 5 en caso de ser necesario para limpiar cualquier sedimento que haya quedado en la jeringa. En el caso de algunas sondas, se necesitan 50 ml de agua.

Fecha de aprobación/ revisión del texto: 28 de febrero de 2022.