

# Anexo 1. Prescripción adecuada

1. En las siguientes patologías: esófago de Barrett, esofagitis erosiva clínicamente significativa, estenosis esofágica secundaria a enfermedad por reflujo esofágico (ERGE), esofagitis eosinofílica, Zollinger-Ellison y fibrosis pulmonar idiopática en progresión.
2. Profilaxis de gastrolesión en pacientes con toma crónica de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y al menos uno de los siguientes factores de riesgo: más de 65 años, concomitancia con otros fármacos gastrolesivos (AINE, ácido acetilsalicílico [AAS], anticoagulantes, corticoides y/o inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina [ISRS]) y/o antecedente de úlcera péptica o comorbilidad grave.
3. Profilaxis de gastrolesión en pacientes con toma crónica de antiagregantes y al menos uno de los siguientes factores de riesgo: más de 70 años, concomitancia con otros fármacos gastrolesivos (AINE, AAS, anticoagulantes, corticoides y/o ISRS) y/o antecedente de úlcera péptica o comorbilidad grave.
4. Pacientes con buena respuesta a inhibidores de la bomba de protones (IBP) y recurrencia de la clínica tras suspenderlos en los siguientes casos: ERGE endoscópica negativa, síntomas de vías respiratorias superiores atribuidos a reflujo laringofaríngeo: tos persistente, ronquera, goteo posnasal, odinofagia y dispepsia funcional. Considerando correcto el diagnóstico de dispepsia funcional en:
  - Personas <55 años sin factores de riesgo, tras haber realizado el estudio completo: analítica para descartar celiaquía y test del aliento para descartar infección por *Helicobacter pylori*.
  - Personas >55 años o con síntomas de alarma (pérdida de peso, vómitos persistentes, disfagia, masa abdominal, anemia o ferropenia) tras haber realizado el estudio completo mediante gastroscopia.
5. Estreptococo refractario en pacientes con insuficiencia pancreática crónica y tratamiento con enzimas pancreáticas.

## Prescripción inadecuada

1. Se considera incorrecta indicación en los siguientes casos:
2. Profilaxis con AINE en pacientes sin factores de riesgo.
3. Hernia de hiato.
4. Dispepsia no estudiada correctamente o que no quede reflejada en el historial del paciente la respuesta clínica al IBP.
5. No cumple ninguno de los criterios recogidos como indicación (criterios 1-5). Se considerará inadecuada si la indicación es correcta, pero la temporalidad de la prescripción no debiera ser crónica en los siguientes casos:
  - ERGE no erosiva sin respuesta sostenida a IBP.
  - Dispepsia funcional sin respuesta sostenida a IBP.
  - Gastritis, ya que el tratamiento debería ser de 4-8 semanas, y ser reevaluado.
  - Úlcera duodenal o gástrica ya que el tratamiento y la respuesta deben ser revisados.
  - Tratamiento activo de *H. pylori*, ya que debería estar pautado solo el tiempo que dure el tratamiento.
  - Hemorragia digestiva alta, ya que el tratamiento debe ser revisado.
  - Profilaxis en pacientes que tomen AINE o antiagregante de forma aguda y tengan factores de riesgo: >65 años, antecedente de úlcera, concomitancia con otros fármacos gastrolesivos (corticoides, ISRS, anticoagulantes y antiagregantes), ya que deberían estar pautados solo el tiempo que tome los AINE o el antiagregante.