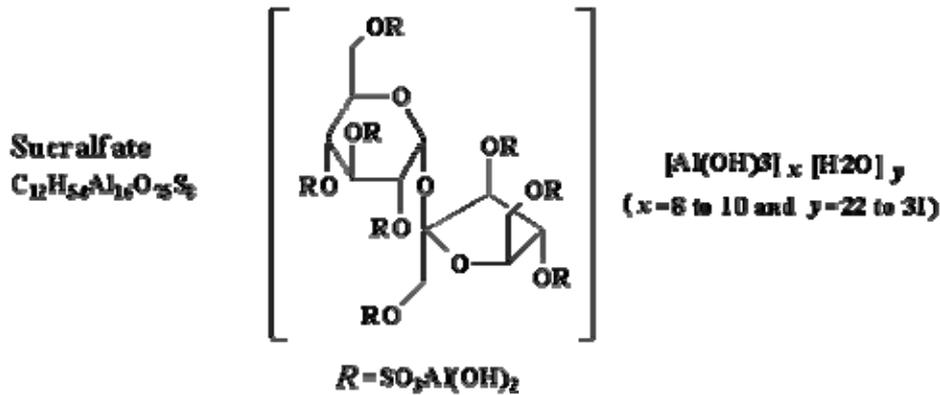


SUCRALFATO:

UN CICATRIZANTE VERSÁTIL



ACTIVIDAD FARMACOLÓGICA

Carece de efecto sobre la producción de ácido o la secreción de *gastrina*.

Sus supuestos mecanismos de acción son la inhibición de la interacción pepsina-sustrato, la estimulación de la producción de prostaglandinas por la mucosa y la fijación de sales biliares.

El sucralfato parece tener también efectos tróficos sobre la mucosa ulcerada, tal vez mediante unión a los factores de crecimiento y su concentración en el lugar de la úlcera.

En el medio ácido del estómago, el sucralfato se disocia y forma una barrera sobre la base de la úlcera, protegiéndola del ácido, la pepsina y las sales biliares.

Se utiliza por vía oral en el tratamiento de la úlceras péptica y la gastritis crónica. La dosis usual es de 1 g cuatro veces al día o 2 g dos veces al día durante cuatro a ocho semanas.

Recientemente se ha demostrado que es útil en el tratamiento de diferentes enfermedades colorectales: proctitis ulcerativa, úlcera solitaria rectal o enfermedad inflamatoria intestinal.

El mecanismo de acción no es conocido, pero parece que su administración intra-rectal aumenta los niveles de prostaglandinas E2 e induce una mejoría

macroscópica de la zona lesionada. Se aplica dos veces al día en enemas que contienen 2 g de sucralfato en suspensión acuosa.

Principalmente usado en enema, ya que la vía oral no ha mostrado beneficios (en la colitis ulcerosa actínica, evidentemente). El esquema de dosificación utilizado es de 20 ml de sucralfato al 10 % en enema 2 veces al día. Los estudios han demostrado importantes beneficios con completo cese del sangrado (menor de una vez por semana), en 34.8 % de los pacientes a las 4 semanas, 53,8 % a las 8 semanas, 73 % a las 12 semanas y 88% a las 16 semanas de tratamiento. En el seguimiento a largo plazo (promedio de 45 meses), el 20 % tuvo recaída, con buena respuesta al repetir el tratamiento entre 8 y 12 semanas.

Aunque existen otras alternativas en el tratamiento farmacológico de la colitis actínica (5-ASA, corticoterapia) ninguno se diferencia en mejorías clínicas endoscopias significativas, por lo que su actividad farmacológica es similar entre sí.

CARACTERES ORGANOLÉPTICOS

Polvo blanco amorfo.

CARACTERES FÍSICO-QUÍMICOS

Prácticamente insoluble en agua y etanol. Soluble en ácidos y bases fuertes.

IDENTIFICACIÓN

Añadir ácido clorhídrico 0,1 N a unos pocos gramos de sucralfato, hervir, y neutralizar con hidróxido sódico 0,1 N. Añadir tartrato cúprico. Hervir una pequeña cantidad de esta solución: se forma un precipitado de óxido cuproso.

VALORACIÓN

Cromatografía líquida con detector de índice de refracción, comparándolo con un patrón de referencia.

MODOS Y USOS

El sucralfato es una sal compleja de sacarosa, sulfato e hidróxido de aluminio.

Tras su ingestión oral y en contacto con un pH bajo se polimeriza y origina una pasta pegajosa cargada negativamente que se adhiere de modo selectivo a las proteínas o restos proteicos del cráter ulceroso, cargado positivamente, formando una barrera protectora que impide la actuación del ácido y la pepsina sobre la zona lesionada.

FORMULA: Enema de sucralfato al 10%, 20 ml

Sucralfato 2 g
Agua destilada csp 20 ml

M.O.: Pesar el sucralfato y suspenderlo en el agua destilada.

ENVASADO: envase de enema.

ETIQUETADO: Agitar antes de usar

CONSERVACION: Proteger de la luz.

CADUCIDAD: 7 días a temperatura ambiente. Evitar la congelación.

FUENTES:

Laboratorio COF Gipuzkoa

Autor: Begoña Ortega. n.º 67

BIBLIOGRAFIA

United States Pharmacopoeia 23/National Formulary 19. Rockville MD, U.S. Pharmacopoeial Convention, Inc.; 1.995 :1443.

Parfitt K, (ed). Martindale: The extra Pharmacopoeia, 32nd ed. London: The Pharmaceutical Press; 1999: 1214.

Trissel LA. Trissel's stability of compounded formulations. 2nd ed. Washington: American Pharmaceutical Association; 2000: 352-3.

Kochhar R, Patel F. et al. Digestive Diseases and Sciences 1991; 36(1): 103-7.

Dickson R. Australian Journal of Hospital Pharmacy 1991; 21(5): 317-8(letter).

Harting JW. Pharm Weekbl[Sci] 1992; 14(4): 275-86.

Melko GP, TurcoTF et al. Ann Pharmacother 1999; 33: 1274-6.

XXVIII CURSO DE AVANCES EN GASTROENTEROLOGÍA Gastr Latinoam 2007; Vol 18, N° 2: 164-167