

USO RACIONAL DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBPs)

SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA ESPECIALIZADA
CENTRO DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS (CIM) – Tfno.: 924218100 Ext. 48159
Avda. de Elvas s/n – 06080 - Badajoz

VOL. 1 Nº 20 JULIO 2011 **Autores:** Gemio Zumalave, P. **Editores:** Rangel Mayoral JF.; Estepa Alonso MJ.; Liso Rubio FJ.

Depósito legal: BA-069/09

INTRODUCCIÓN

Los IBPs son uno de los fármacos más prescritos. Entre los años 2003-2009 se ha registrado un aumento del consumo de IBPs de más del 200% en España¹. También se ha evidenciado un uso inadecuado de estos tanto en entornos de atención primaria como de atención especializada. Este uso inadecuado prolongado puede conllevar una serie de riesgos. (Tabla II).

Tabla II. Riesgos asociados al uso prolongado de IBPs.

Deficiencias de Vitamina B₁₂.

Fracturas de cadera.

Peritonitis bacteriana espontánea en cirróticos ascíticos

Incremento de neumonías asociadas a la comunidad.

Diarrea por *Clostridium difficile*.

Gastroenteritis por *Campylobacter jejuni*.

Hipomagnesemia

Interacciones más relevantes (Categorías D y X Lexi-Interact™)

Clopidogrel, Erlotinib, Posaconazol, Rifampicina, Rilpivirina, Nelfinavir, Atazanavir (X)



Antifúngicos azoles, Dasatinib, Mesalamina, Tacrolimus, Antagonistas vit K, (D)



Tabla I. Indicaciones aprobadas para el uso de IBPs^{2,3}

1. Reflujo gastroesofágico severo (RGS) sintomático o con patología probada (ulceración esofágo, esófago de Barret, etc.).

2. Úlcera/hemorragia gastroduodenal (UGD) (Hemorragia Digestiva Alta (HDA)) documentada.

3. UGD inducida por AINEs o tratamientos crónicos con AINEs en mayores de 70 años.

4. Dispepsias de origen desconocida se pueden tratar durante un mes hasta respuesta completa.

5. Síndrome de Zollinger-Ellison (SZE).

6. Pacientes con alto riesgo de úlcera por stress en servicios críticos (**ventilación mecánica prolongada, coagulopatías severas, sepsis, shock séptico**).

IBPs i.v estarán tan solo indicados en los casos de UGD/HDA de tracto superior, pacientes intolerantes a la vía oral y pacientes con alto grado RGS o SZE.

¡¡ La posología aprobada para la mayoría de IBPs teniendo en cuenta su semivida de eliminación ($t_{1/2}$) en sangre es de **una dosis única diaria** a excepción de casos de HDA y SZE que pueden requerir dosis extras !!

USOS INADECUADOS DE IBPs EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

En un estudio realizado por el servicio de farmacología clínica del Hospital la Paz de Madrid¹ se encontró que el **74,47 %** de los pacientes que ingresaban en un servicio de urgencias tenían una indicación no autorizada de IBPs. Durante la hospitalización, este porcentaje bajaba al **61,25%** y al alta hospitalaria un **80,24%**. Es clara que la responsabilidad del mal uso de IBPs es compartida tanto por medios de Atención Primaria como de Especializada. En la tabla III se muestran las indicaciones sin evidencia clínica/científica más habituales según el medio. También se establecieron los factores de riesgos asociados a este mal uso de IBPs (Tabla IV).

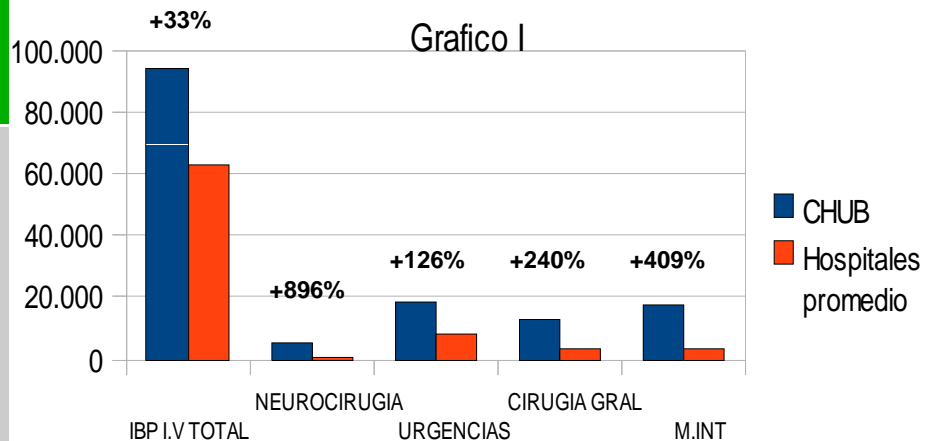
La sobreutilización de IBPs estuvo asociada a una incidencia de reacciones adversas severas (RAMS) de 2.66 por cada 1000 pacientes (Poisson 95% IC: 0.62-7.23), la mayor parte asociadas a intoxicaciones digitálicas debidas a la interacción pantoprazol-digoxina y una caída de hemoglobina de 2 g/dl por la interacción pantoprazol-acenocumarol. Extrapolados a un mes representarían una incidencia de 0,1 paciente/mes que sufrirían una RAMS. Estos resultados también pueden ser extrapolados a nuestro centro. El gráfico I muestra el consumo de unidades de pantoprazol i.v en el CHUB durante 1 año comparadas con el promedio de hospitales de nuestro tamaño, así como el desglose por las unidades clínicas más relevantes.

Tabla III. Indicaciones no adecuadas según el medio asistencial¹.

Admisión (74.47%)	Urgencias (78.64%)	Hospitalización (61.25%)	Alta (80.24%)
1. Antiagregación plaquetaria (28,72%)	1. Antiagregación plaquetaria (22,33%)	1. Pacientes con bajo riesgo de úlcera por stress (17,34%)	1. Antiagregación plaquetaria (23,95%)
2. Tratamiento con corticoides (14,89%)	2. Pacientes con bajo riesgo de úlcera por stress (14,56%)	2. Antiagregación plaquetaria (11,81%)	2. Tratamiento con AINEs (corta duración, edad <70) (12,57%)
3. Tratamiento con AINEs (corta duración, edad <70) (7,45%)	3. Tratamiento con AINEs (corta duración, edad <70) (13,59%)	3. Tratamiento con AINEs (corta duración, edad <70) (10,33%)	3. Tratamiento con corticoides. (12,57%)
4. Pacientes con bajo riesgo de úlcera por stress (6,38%)	4. Tratamiento con corticoides (12,62%)	4. Tratamiento con corticoides. (7,75%)	4. Pacientes con bajo riesgo de úlcera por stress (9,58%)
5. Tratamiento con acenocumarol (5,32%)	5. Historia de Dispepsia sin úlcera (>3 meses antes) (7,77%)	5. Historia de Dispepsia sin úlcera (>3 meses antes) (6,64%)	5. Anemia (8,98%)
6. Historia de HDA (>3 meses antes) (4,26%)	6. Tratamiento con acenocumarol (4,85%)	6. Tratamiento con acenocumarol (5,17%)	6. Historia de Dispepsia sin úlcera (>3 meses antes) (6,59%)
7. Anemia (3,19%)	7. Anemia (2,91%)	7. Anemia (2,21%)	7. Tratamiento con acenocumarol (5,59%)

Tabla IV. Factores de riesgo asociados a la mala utilización de IBPs

1. Pacientes edad media 64 años.
2. Polimedicados >4 fármacos.
3. Tratamientos antiagregantes y acenocumarol.



CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos y a los observados en la bibliografía estudiada, se aprecia una sobreutilización de IBPs en los diferentes medios asistenciales. Además, han desplazado el uso de alternativas igualmente eficaces en algunas indicaciones, con menos interacciones y mejor relación coste/efectividad como los antiH2, sales de bismuto, y de aluminio y magnesio. Frecuentemente los IBPs son considerados como unos fármacos inocuos y baratos que son tomados como remedio para cualquier problema digestivo o bien como protectores contra posibles e infundados daños digestivos derivados del uso de un amplia gama de medicamentos. Sin embargo estos medicamentos, como cualquier otro, deben usarse con precaución y en sus indicaciones y posologías aprobadas según la evidencia científica existente (ensayos clínicos). De lo contrario y como se está empezando a vislumbrar en diversos estudios pueden resultar a largo plazo muy perjudiciales para la salud de nuestros pacientes.

"No debemos ignorar el hecho de que tomar medicamentos a la ligera no siempre es útil para los enfermos y de hecho frecuentemente serán dañinos para los sanos"

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramirez E, Su H. Lei, Borobia A, Piñana E, Fudio S, Muñoz R, Campos A, Carcas J, Frías J Overuse of PPIs in patients at admission, during hospitalisation, and at discharge in a tertiary spanish hospital.
2. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre ERGE. Asociacion Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Centro Cochrane Iberoamericano; 2007
3. Dispepsia: Managing dyspepsia in adults in primary care. National Institute for Clinical Excellence. London. 2004
4. Aurelius Cornelius Celsius (25 BC-AD). Libro 2 de la Medicina