

Revisión bibliográfica

Compendio
de artículos
comentados

Inhibidores
de la bomba de protones:
indicaciones, riesgos y alternativas

© 2019 - Almirall.

Material editado por [Kalispera medical writing S.L.](#) para Almirall.
Reservados todos los derechos.

Se prohíbe la reproducción total o parcial por ningún medio, electrónico o físico.

ÍNDICE

Introducción	05
1. Uso apropiado de los inhibidores de la bomba de protones (IBP): necesidad de reevaluar	07
2. Riesgos del uso prolongado de los inhibidores de la bomba de protones: una revisión crítica	09
3. Efectos adversos de los inhibidores de la bomba de protones: revisión de evidencias y posicionamiento de la Sociedad Española de Patología Digestiva	11
4. Razones para empezar el tratamiento con inhibidores de la bomba de protones en pacientes hospitalizados y su impacto en la prescripción a pacientes ambulatorios en atención primaria	15
5. Deprescripción de los inhibidores de la bomba de protones: guía de práctica clínica basada en la evidencia	17

Introducción

Es innegable que los inhibidores de la bomba de protones han supuesto un avance en el tratamiento de determinadas enfermedades gástricas y esofágicas. Sus indicaciones —como, por ejemplo, la enfermedad por reflujo gastroesofágico y la erradicación del *Helicobacter pylori*— están claramente establecidas en guías y protocolos.

No obstante, desde que se introdujeron en la práctica clínica su uso no ha dejado de aumentar, muchas veces de forma inapropiada. Los estudios demuestran que los médicos los prescriben sin estar indicados. Esto supone un riesgo para los pacientes, ya que son fármacos que pueden presentar efectos adversos e interacciones con otros medicamentos.

Esta revisión bibliográfica se centra en las indicaciones de los inhibidores de la bomba de protones y en el riesgo de prescribirlos fuera de estas indicaciones, así como en fórmulas para suspenderlos de forma segura en los pacientes que los toman de manera inapropiada. El objetivo es promover el uso apropiado de estos fármacos, en aras de la seguridad de los pacientes.

Uso apropiado de los inhibidores de la bomba de protones (IBP): necesidad de reevaluar

Autores: Savarino V, Dulbecco P, De Bortoli N, Ottonello A, Savarino E

Puntos clave

- Las indicaciones de los inhibidores de la bomba de protones están claramente tipificadas en las guías clínicas.
- En la última década su uso se ha ido incrementando continuamente, debido sobre todo a una mala prescripción.
- El coste de este mal uso, tanto económico como en términos del riesgo de aparición de efectos adversos, se ha vuelto alarmante y debe controlarse.

RESUMEN

Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) han supuesto un gran avance en el tratamiento de las enfermedades relacionadas con la acidez gástrica y han reducido la necesidad de cirugía. No obstante, su uso ha crecido de manera desproporcionada, debido a la prescripción inadecuada. En este artículo se exponen las indicaciones de los IBP, las prescripciones incorrectas más frecuentes, y los riesgos y problemas de diferente índole que conlleva el uso inadecuado.

COMENTARIO

Tanto la Food and Drug Administration (FDA), en Estados Unidos, como el National Institute for Clinical Excellence (NICE), en Reino Unido, han publicado guías con las indicaciones de uso de los IBP:

- **Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).** Los IBP son los fármacos de elección en esta enfermedad que, desde un punto de vista fisiopatológico, incluye:
 - esofagitis erosiva;
 - ERGE no erosiva, con exceso de ácido en el esófago;
 - esófago hipersensible al reflujo ácido y no ácido, pero con niveles normales;
 - pirosis funcional, que realmente ya no se incluye dentro de la ERGE.

Esta clasificación es importante porque los IBP solo son eficaces en los tres primeros subgrupos, y su uso en el cuarto grupo se considera inapropiado.

Los IBP, administrados una vez al día, también están indicados en el esófago de Barrett, ya que, aunque algunos estudios han encontrado que no disminuyen la extensión de las lesiones, sí reducen la incidencia de displasia y adenocarcinoma.

- **Erradicación de la infección por *Helicobacter pylori*.** Los IBP actúan de forma sinérgica con los antibióticos. Muchos ensayos clínicos han mostrado que es posible alcanzar tasas de erradicación del 80% al 90%, siempre y cuando la resistencia a los antibióticos sea baja (10%-15%).
- **Úlcera duodenal no causada por *Helicobacter pylori* ni antiinflamatorios no esteroideos (AINE).** En la fase aguda, estas úlceras responden bien a los IBP, que también están recomendados a largo plazo para mantener la úlcera cerrada.
- **Úlcera secundaria a AINE.** Los AINE y la aspirina se prescriben con frecuencia de forma crónica, sobre todo en pacientes ancianos. En pacientes de alto riesgo, estos medicamentos son responsables de hasta un 50% de las úlceras y el sangrado gastrointestinal. Las guías de

varios países recomiendan el tratamiento con IBP en pacientes de riesgo que toman AINE, para evitar estos problemas.

- **Hipersecreción patológica.** Es el caso del síndrome de Zollinger-Ellison, cuyo tratamiento actual consiste en IBP en altas dosis de manera indefinida.
- **Pacientes en estado crítico con ventilación mecánica prolongada.** Los pacientes de la UCI, especialmente los de alto riesgo de sangrado digestivo (como los que requieren ventilación mecánica durante más de 48 horas), pueden sufrir úlceras de estómago por estrés, y las guías recomiendan IBP como profilaxis. No obstante, muchos pacientes ingresados fuera de la UCI reciben tratamiento con IBP de forma rutinaria sin necesitarlo. Esta es una de las principales causas de uso inapropiado de IBP.
- **Dispepsia funcional.** La falta de tratamiento eficaz hace que se trate con IBP, a pesar de que no existe un aumento de ácido y, por tanto, estos fármacos no están indicados.

A pesar de que las indicaciones están claras, muchos estudios muestran que se están sobreutilizando los IBP. Las tasas de uso inapropiado en los hospitales están por encima del 57% y en atención primaria, alrededor del 50%. El uso incorrecto se debe principalmente a lo siguiente:

- Prevención de úlceras en pacientes de bajo riesgo
- Profilaxis de úlceras de estrés fuera de la UCI
- Tratamiento con corticoides, sin otros factores de riesgo asociados
- Tratamiento anticoagulante sin factores de riesgo de lesiones gastroduodenales
- Tratamiento de la dispepsia funcional
- Diagnóstico erróneo de un trastorno relacionado con la acidez

Con demasiada frecuencia, los propios médicos perciben los IBP como fármacos inocuos y baratos para tratar cualquier problema digestivo o como protector contra hipotéticos efectos adversos gástricos de otros medicamentos. Asimismo, también es frecuente que el tratamiento inadecuado se perpetúe porque nadie revisa la indicación inicial y la conveniencia de continuar.

Aparte del gran costo económico, el uso inapropiado de IBP puede tener consecuencias para la salud: infecciones intestinales (en particular, diarrea por *Clostridium difficile*), neumonía, fractura de cadera, hipomagnesemia, deficiencias nutricionales, carcinoma gástrico, cardiopatía isquémica, insuficiencia renal crónica y demencia. A pesar de que muchos de estos efectos adversos se han detectado en estudios observacionales retrospectivos, los médicos deberían tenerlos en cuenta antes de prescribir IBP, sobre todo en pacientes ancianos y con patología crónica.

Además de prescribir los IBP siguiendo las indicaciones aprobadas, los médicos tienen un papel importante en reducir el consumo, informando al paciente y revisando la indicación y el tratamiento a largo plazo.

Artículo original: Savarino V, Dulbecco P, De Bortoli N, Ottonello A, Savarino E. The appropriate use of proton pump inhibitors (PPIs): Need for a reappraisal. Eur J Intern Med. 2017;37:19-24.

Idioma original: Inglés

Tipo de acceso: suscripción

Link de acceso online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27784575>

Riesgos del uso prolongado de los inhibidores de la bomba de protones: una revisión crítica

Autores: Jaynes M, Kumar AB

Puntos clave

- Con frecuencia, los IBP se usan fuera de indicación durante extensos períodos de tiempo.
- Existen diversas complicaciones derivadas del uso prolongado.
- La mejor estrategia pasa por adecuar el tratamiento con IBP a las indicaciones de la ficha técnica y establecer una duración adecuada del tratamiento.

RESUMEN

Los IBP están entre los fármacos más prescritos, y su uso se ha incrementado las dos últimas décadas. Aunque las indicaciones están bien establecidas, muchas veces se usan fuera de ficha técnica durante un período de tiempo considerable. El uso prolongado ha suscitado investigaciones sobre los efectos a largo plazo. Su uso se ha asociado a infecciones por *Clostridium difficile*, neumonía y demencia, entre otras complicaciones. Esta revisión actualiza los conocimientos sobre los potenciales efectos adversos del uso de los IBP, sobre todo, a largo plazo.

COMENTARIO

Los efectos adversos más importantes reflejados en la literatura científica en relación con el uso prolongado de los IBP son los siguientes:

- **Infección por *Clostridium difficile*.** La supresión del ácido gástrico durante períodos de tiempo prolongados debido al tratamiento con IBP podría alterar el microbioma intestinal y otras barreras que impiden la colonización por *Clostridium difficile*. Varios estudios, usando secuenciación genómica de alto rendimiento, han mostrado una disminución de la microbiota bacteriana a los 30 días del inicio del tratamiento con IBP. Esta disminución es una constante en los pacientes con infección por *Clostridium difficile*.
- **Demencia.** Dos estudios observacionales en población anciana mostraron que el riesgo de demencia era mayor en los pacientes que recibían tratamiento con IBP. A pesar de que la calidad de la evidencia es baja, los médicos deben tener cuidado al prescribir IBP en la población anciana. El mecanismo fisiopatológico más plausible es que los IBP inhiben enzimas, como la V-ATPasa, que degradan la proteína amiloide β . Como consecuencia, esta proteína —clave en el desarrollo de la demencia— se acumularía en el sistema nervioso central.
- **Neumonía.** Un metaanálisis encontró que el riesgo de padecer neumonía adquirida en la comunidad aumenta con la toma de IBP, ya incluso desde el primer mes de tomarlos. Otros estudios han encontrado también una asociación entre los IBP y la neumonía intrahospitalaria en general, así como a la asociada a ventilación mecánica. Estudios recientes también vinculan los IBP a neumonía en poblaciones específicas: pacientes con hemorragia intracraneal no traumática, pacientes en el posoperatorio de intervenciones quirúrgicas cardíacas y pacientes con ictus (sobre todo, isquémico). La hipótesis es que la supresión del ácido gástrico incrementa el pH del estómago y facilita el crecimiento bacteriano, lo cual lleva a la colonización traqueal y la neumonía. Hasta que haya más pruebas de la relación de los IBP con la neumonía, se sugiere limitar la terapia de supresión de ácido a los pacientes con una indicación clara.

- **IBP y antiagregantes plaquetarios.** En 2009, la FDA lanzó una alerta que recomendaba evitar el tratamiento concomitante de omeprazol y clopidogrel, debido a la menor actividad de este último, secundaria a la inhibición del citocromo CYP2C19 por el IBP. Los estudios son discordantes: hay ensayos clínicos (como el COGENT) que no han encontrado diferencias en los resultados cardiovasculares entre el grupo de intervención y el de placebo; sin embargo, otros estudios y metaanálisis han mostrado una interacción farmacodinámica entre el clopidogrel y los IBP. El que más riesgo tiene es el omeprazol, mientras que el pantoprazol parece que no interacciona. Se recomienda realizar más estudios.
- **Enfermedad renal crónica.** Varios estudios han demostrado relación entre el tratamiento con IBP y la enfermedad renal crónica (ERC). No obstante, el mecanismo por el que se produce el daño renal no está claro. Se sabe que los IBP aumentan el riesgo de nefritis intersticial aguda, pero se desconoce si este es el único mecanismo implicado en la ERC. Se recomienda a los prescriptores evaluar cuidadosamente la necesidad de empezar o continuar el tratamiento con IBP en pacientes con ERC o con factores de riesgo para desarrollarla.
- **Micronutrientes.** La relación de los IBP con la hipomagnesemia está bien documentada en varias investigaciones, entre ellas un metanálisis que incluyó 9 estudios. El mecanismo se desconoce, aunque se cree que el cambio de pH provocado por los IBP altera la afinidad de los transportadores de magnesio, por lo que disminuye la absorción desde la luz intestinal. La hipomagnesemia se presenta, sobre todo, en el tratamiento con IBP a largo plazo. Los pacientes con ERC o que reciben medicación que reduce la magnesemia (diuréticos) se consideran de alto riesgo.
- **Otras enfermedades.** Aunque en 2010 la FDA publicó una advertencia sobre el riesgo de fracturas óseas, la falta de evidencia hizo que se retractara en 2011. La posible relación entre IBP y peritonitis bacteriana espontánea (en especial, en pacientes con insuficiencia hepática o cirrosis) proviene de estudios observacionales, con los cuales no se puede establecer causalidad. Los datos que existen hasta el momento impiden hacer recomendaciones generalizadas.

Los autores concluyen que, con los estudios a largo plazo que se han hecho hasta la actualidad, se debe extremar la cautela a la hora de lanzar conclusiones y recomendaciones generales sobre los efectos de los IBP. Mencionan que muchos estudios son observacionales y, por tanto, inadecuados para establecer la relación causa-efecto. Los metaanálisis suelen incluir esos estudios observacionales, por lo que adolecen de la misma debilidad. La estrategia óptima para la prescripción de IBP es seguir las indicaciones incluidas en la ficha técnica, evitar la prescripción indiscriminada y adecuar la duración del tratamiento.

Artículo original: Jaynes M, Kumar AB. The risks of long-term use of proton pump inhibitors: a critical review. *Ther Adv Drug Saf.* 2019;10:1-13.

Idioma original: Inglés

Tipo de acceso: libre

Link de acceso online: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2042098618809927#articleCitationDownloadContainer>

Efectos adversos de los inhibidores de la bomba de protones: revisión de evidencias y posicionamiento de la Sociedad Española de Patología Digestiva

Autores: De la Coba C, Argüelles-Arias F, Martín de Argila C, Júdez J, Linares A, Ortega-Alonso A, Rodríguez E, Rodríguez-Téllez M, Vera I, Aguilera L, Álvarez A, Andrade RJ, Bao F, Castro M, Giganto F, en nombre de la SEPD

Puntos clave

- La prescripción de IBP aumenta constantemente y, con ello, la preocupación por los efectos secundarios.
- Las indicaciones no han variado y están bien establecidas.
- Se deben utilizar los IBP solo cuando estén indicados, durante el tiempo justo que se precisen, a la dosis mínima eficaz y siempre bajo prescripción facultativa.
- Se deben destinar esfuerzos a evitar la prescripción inadecuada, especialmente en el anciano frágil polimedicado y tras la hospitalización.

RESUMEN

La prescripción de IBP en España es un 70% superior a la media europea. Esta diferencia está relacionada directamente con una prescripción inadecuada. En esta revisión bibliográfica, se han investigado las indicaciones de los IBP y los posibles efectos adversos considerados más relevantes: déficit de vitamina B₁₂, déficit de magnesio, fracturas óseas, infecciones entéricas y neumonía, riesgo cardiovascular y complicaciones en pacientes cirróticos.

COMENTARIO

La prescripción de IBP ha aumentado considerablemente en España en los últimos años. Entre 2004 y 2010, la prescripción aumentó un 227% y, en 2010, el omeprazol fue el fármaco que más se consumió (en envases).

Entre el 54% y el 69% de las prescripciones de IBP son inadecuadas. Es un problema que afecta a todos los niveles asistenciales. La hospitalización es un factor de riesgo demostrado de uso inapropiado de IBP. Por ejemplo, en un estudio realizado en un hospital, el 28,7% de los pacientes ya consumían IBP al ser admitidos, el 82,6% los recibieron durante el período de hospitalización y al 54,8% se les recomendó el tratamiento al alta. Se consideró que la prescripción fue inadecuada en el 74,5%, el 61,3% y el 80,2% de los casos en cada una de las tres situaciones, respectivamente.

Las indicaciones actuales de los IBP son las siguientes:

- Profilaxis de la gastroenteropatía por antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en los pacientes con antecedentes de úlcera péptica o hemorragia digestiva, mayores de 60 años, comorbilidad grave, altas dosis de AINE, uso concomitante de otro AINE (incluido ácido acetilsalicílico a dosis bajas) o de anticoagulantes, antiagregantes o glucocorticoides.
- Profilaxis de la úlcera de estrés en pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) que presentan algún factor de riesgo, como el antecedente de úlcera péptica, fracaso renal, coagulopatía, *shock* o sepsis grave, necesidad de ventilación mecánica, traumatismo craneoencefálico, quemaduras o realización de neurocirugía.
- Hemorragia digestiva por úlcera péptica.

- Úlcera gástrica y duodenal.
- Síndrome de Zollinger-Ellison.
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- Erradicación *Helicobacter pylori*.
- Dispepsia no investigada y dispepsia funcional en pacientes sin síntomas de alarma y menores de 55 años.

En cuanto a los **efectos adversos de los IBP**, la revisión concluye lo siguiente:

- **Disminución de la vitamina B₁₂.** Los estudios sobre la asociación de IBP y déficit de vitamina B₁₂ (en teoría, por disminución de su absorción) ofrecen resultados dispares. No se puede recomendar un cribado generalizado de los niveles de vitamina B₁₂ en los pacientes con tratamiento crónico de IBP. En personas de edad avanzada con factores de riesgo, sí se puede realizar un seguimiento anual/bianual.
- **Hipomagnesemia.** La AEMPS recomienda hacer un control al principio del tratamiento y monitorizar, especialmente si el uso del IBP es prolongado y en pacientes que toman otros fármacos con riesgo de hipomagnesemia (como los diuréticos de asa o tiazídicos). Las revisiones periódicas de magnesio también son adecuadas en pacientes con edad avanzada, diabetes *mellitus*, insuficiencia renal y enfermedades cardiovasculares.
- **Fracturas óseas.** El uso de IBP se asocia a un mayor riesgo de fracturas óseas, pero no es posible concluir que esta asociación sea causal. La FDA señala que no existe evidencia para recomendar suplementos de calcio o realizar densitometrías periódicas. Con los datos actuales, no se puede recomendar suspender el tratamiento con IBP para evitar fracturas óseas, pero se debe insistir en evitar la prescripción inadecuada y en buscar la dosis mínima eficaz.
- **Infecciones por *Clostridium difficile*.** Los IBP aumentan el riesgo de infecciones por *Clostridium difficile*. La FDA recomienda considerar este diagnóstico en pacientes que toman IBP y tienen diarrea persistente. Además, recomienda prescribir IBP a la menor dosis y durante el menor tiempo posible.
- **Neumonía.** El aumento del riesgo de neumonía adquirida en la comunidad observado con los IBP es bajo y solo es relevante en tratamientos de corta duración, sin que exista una explicación del motivo. Con los estudios actuales es difícil establecer una asociación causal. Por tanto, no se pueden recomendar medidas preventivas, salvo seguir estrictamente las indicaciones de uso de los IBP.
- **Riesgo cardiovascular.** En cuanto a la administración concomitante de tienopiridinas e IBP, los datos son discordantes. Las organizaciones sanitarias de diversos países (entre ellos, la AEMPS) son cautos y recomiendan usar los IBP que menos inhiban el citocromo CYP2C19 en los pacientes que toman clopidogrel. En los pacientes con síndrome coronario agudo o revascularización coronaria tratados con tienopiridinas se deben prescribir IBP cuando exista una clara indicación, sobre todo cuando haya antecedentes de úlcera péptica o hemorragia digestiva alta.
- **Complicaciones en pacientes con cirrosis hepática.** El uso de IBP en pacientes con cirrosis hepática —en especial, la descompensada— podría tener un efecto nocivo (infecciones bacterianas —entre ellas, peritonitis bacteriana espontánea— y deterioro de la función hepática). Por tanto, deben indicarse de forma individualizada en este subgrupo. Estos pacientes tienen la secreción ácida reducida y no hay suficientes pruebas científicas que avalen el uso de IBP como profilaxis de las complicaciones pépticas de la hipertensión portal o las varices esofágicas.

En conclusión, los beneficios de los IBP superan los posibles riesgos y efectos secundarios, siempre que la duración, el tratamiento y la indicación sean las adecuadas. Existe un problema de prescripción inadecuada, por usarse como mero protector gástrico y por la facilidad para adquirirlo sin receta, entre otros motivos.

La Sociedad Española de Patología Digestiva subraya la necesidad de utilizar los IBP solo cuando estén indicados, durante el tiempo justo que se precisen, a la dosis mínima eficaz y siempre bajo prescripción facultativa. Deben destinarse esfuerzos a prevenir la prescripción inapropiada, sobre todo en personas ancianas y tras la hospitalización.

Artículo original: De la Coba C, Argüelles-Arias F, Martín de Argila C, Júdez J, Linares A, Ortega-Alonso A, et al. Efectos adversos de los inhibidores de la bomba de protones: revisión de evidencias y posicionamiento de la Sociedad Española de Patología Digestiva. Rev Esp Enferm Dig. 2016;108:207-224.

Idioma original: Español

Tipo de acceso: libre (copia personal de un autor)

Link de acceso online: https://www.researchgate.net/publication/301549627_Efectos_adversos_de_los_inhibidores_de_la_bomba_de_protones_revisión_de_evidencias_y_posicionamiento_de_la_Sociedad_Espanola_de_Patologia_Digestiva

Razones para empezar el tratamiento con inhibidores de la bomba de protones en pacientes hospitalizados y su impacto en la prescripción a pacientes ambulatorios en atención primaria

Autores: Villamañán E, Ruano M, Lara C, Suárez-de-Parga JM, Armada E, Álvarez-Sala R, Pérez E, Herrero A

Puntos clave

- Existe una elevada tasa de prescripción de inhibidores de la bomba de protones (IBP) durante los ingresos hospitalarios.
- En este estudio observacional, el 63,6 % de los pacientes que empezaron a tomar un IBP durante el ingreso lo hicieron por una prescripción inadecuada.
- La mayoría de las prescripciones inapropiadas se asocian a la inclusión innecesaria de IBP en los protocolos (sobre todo, quirúrgicos y, en particular, para la profilaxis de úlceras por estrés).
- El impacto de esta prescripción inadecuada en el sobreuso en atención primaria fue menor que en otros estudios.

RESUMEN

El estudio parte de la hipótesis de que existe un exceso de prescripción de IBP en los hospitales, que se traduce en una prescripción innecesaria después del alta. Los autores evaluaron la proporción de pacientes que empezaban el tratamiento durante la hospitalización y si la prescripción era adecuada o no. Además, analizaron los factores de riesgo clínicos y farmacológicos, incluido el hecho de que una prescripción realizada durante la hospitalización influyera posteriormente en las prescripciones de atención primaria.

COMENTARIO

Este estudio observacional incluyó 379 pacientes de un único hospital terciario (1350 camas). Se encontró que 294 (77,6%) tomaban IBP. De ellos, 143 pacientes (48,6%) habían empezado el tratamiento en el hospital, mientras que el resto lo había comenzado antes del ingreso.

Las razones para la prescripción de IBP se clasificaron en tres categorías: indicación aprobada incluida en ficha técnica; uso no aprobado, pero recomendado en las guías clínicas; uso no aprobado ni recomendado en las guías clínicas. Las dos primeras se consideraron prescripciones apropiadas y la tercera, inapropiada. De los 143 pacientes que iniciaron el tratamiento con un IBP en el hospital, 91 (63,6%) lo hicieron por una prescripción inapropiada. La mayoría de las prescripciones inapropiadas (61,5%) tuvieron lugar cuando los IBP formaban parte (de manera innecesaria) de un protocolo asociado a una intervención quirúrgica, procedimiento o enfermedad. Se usó omeprazol y pantoprazol en porcentajes similares, sin causa aparente que lo justificara.

Otros usos inadecuados fueron la profilaxis de las úlceras de estrés en intervenciones quirúrgicas sin riesgo de sangrado (19,8%) y la polimedicación sin medicamentos que aumenten el riesgo de hemorragia (18,7%). Adicionalmente, se detectó un mayor porcentaje de prescripciones incorrectas en cirugía que en otras especialidades médicas (73,6% frente a 26,4%).

Por último, se estudiaron los informes de alta para analizar si la prescripción del IBP continuaba tras el alta. De los 232 informes disponibles, en 153 (65,9%) se recomendaba continuar el tratamiento; de esos, 102 (66,7%) pacientes lo habían comenzado antes del ingreso. De los 91 casos de prescripción inadecuada durante el ingreso, el 31,9% (un porcentaje relativamente bajo en comparación con otros estudios) lo mantuvo tras el alta hospitalaria. En el 78,3% de los informes de alta no se especificaba la duración del tratamiento.

Artículo original: Villamañán E, Ruano M, Lara C, Suárez-de-Parga JM, Armada E, Álvarez-Sala R, et al. Reasons for initiation of proton pump inhibitor therapy for hospitalised patients and its impact on outpatient prescription in primary care. Rev Esp Enferm Dig. 2015;107(11):652-658.

Idioma original: Inglés

Tipo de acceso: libre

Link de acceso online: <http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v107n11/original1.pdf>

Deprescripción de los inhibidores de la bomba de protones: guía de práctica clínica basada en la evidencia

Autores: Farrell B, Pottie K, Thompson W, Boghossian T, Pizzola L, Rashid FJ, Carlos Rojas-Fernandez C, Walsh K, Welch V, Moayyedi P

Puntos clave

- Muchos pacientes continúan el tratamiento con los inhibidores de la bomba de protones (IBP) más allá de lo recomendado, con el potencial perjuicio que esto conlleva.
- Se desarrolla una guía para ayudar a detener de forma segura los tratamientos innecesarios con IBP.
- La guía se puede aplicar en pacientes adultos que han completado un mínimo de 4 semanas y sus síntomas han desaparecido.

RESUMEN

Esta publicación revisa las evidencias actuales disponibles en la literatura científica con el fin de proponer una guía de práctica clínica para deprescribir el IBP en los pacientes que lleven tomándolo más de 28 días seguidos y cuyos síntomas hayan desaparecido. La guía se refiere a pacientes con reflujo gastroesofágico, esofagitis de grado A o B u otras situaciones que requieran un tratamiento de duración limitada.

COMENTARIO

Los autores han creado una guía de deprescripción de IBP que incluye listas de verificación, notas, esquemas, referencias a los estudios científicos en los que se apoyan y un algoritmo.

El primer punto que trata el algoritmo es establecer la causa de que el paciente esté tomando un IBP. En este punto se decide si continuar con el tratamiento (por ejemplo, en pacientes con esófago de Barrett, uso crónico de AINE con riesgo de sangrado, esofagitis o úlcera sangrante) o finalizarlo. En caso de que se recomiende la deprescripción, puede hacerse deteniendo el tratamiento por completo, disminuyendo la dosis o interrumpiéndolo y retomándolo en momentos puntuales, a demanda.

Se recomienda reevaluar a las 4 y a las 12 semanas. En caso de que haya síntomas o evidencias de que la dolencia no se ha resuelto, se recomiendan, por un lado, consejos enfocados a mejorar la calidad de vida (cambiar el horario de las comidas y evitar los alimentos desencadenantes, variar la posición de descanso) y, por otro, abordar los síntomas puntuales con antiácidos o antagonistas de los receptores H_2 de la histamina. Si a pesar de esto los síntomas persisten más de 3-7 días y afectan a la calidad de vida, se debe investigar la presencia de *Helicobacter pylori* y considerar volver al tratamiento con IBP (o a la dosis previa, si nunca se interrumpió del todo).

Los autores concluyen que es factible deprescribir los IBP de forma segura en muchos pacientes con reflujo gastroesofágico y esofagitis leve, y así disminuir los potenciales efectos adversos de estos fármacos y de la polifarmacia.

Artículo original: Farrell B, Pottie K, Thompson W, Boghossian T, Pizzola L, Rashid FJ, et al. Deprescribing proton pump inhibitors: Evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician*. 2017;63:354-364.

Idioma original: Inglés

Tipo de acceso: libre

Link de acceso online: https://www.researchgate.net/publication/317758298_Deprescribing_proton_pump_inhibitors_Evidence-based_clinical_practice_guideline

