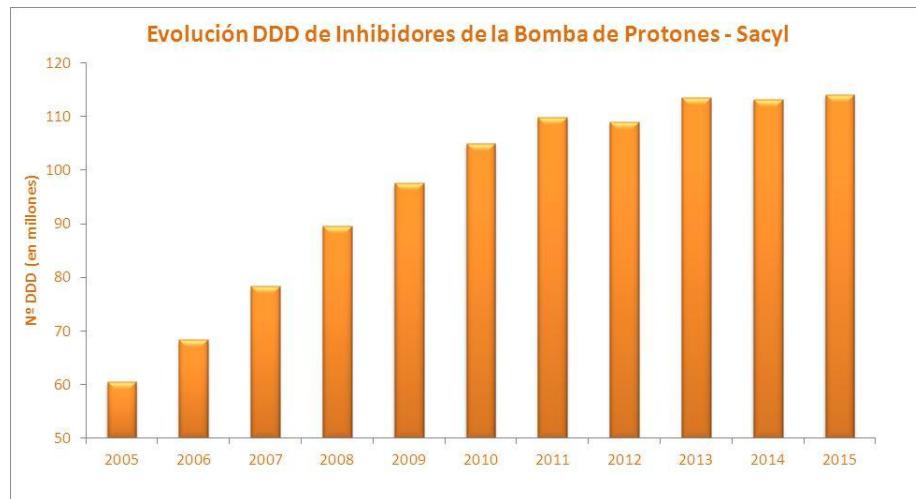


Prescripción de IBPs, ¿es una costumbre segura?

Los Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP) -omeprazol, lansoprazol, rabeprazol, pantoprazol y esomeprazol-, forman uno de los grupos farmacológicos más consumidos. En Sacyl en el año 2015, 640.000 pacientes han estado tratados con un IBP y se han consumido más de 114 millones de dosis, cuando diez años antes la utilización era de 60 millones de dosis al año.



Desde su comercialización en los años noventa, varios estudios observacionales han vinculado el uso de IBPs a efectos adversos poco frecuentes pero graves. La revista JAMA recoge en su [editorial](#) una tabla que actualiza la estimación del riesgo asociado al uso de IBP.

Fuente	Efectos adversos	OR ajustada (IC _{95%})
Lazarus , 2015	Enfermedad renal crónica	1,50 (1,11-1,90)
Antoniou , 2015	Enfermedad renal crónica	2,52 (2,27-2,79)
Antoniou , 2015	Nefritis aguda intersticial	3,00 (1,47-6,14)
Cheungpasitporn , 2015	Hipomagnesemia	1,43 (1,08-1,88)
Kwokl , 2012	<i>Clostridium difficile</i>	1,74 (1,47-2,85)
Eom , 2011	Neumonía adquirida en la comunidad	1,34 (1,14-1,57)
Filion , 2014	Neumonía adquirida en la comunidad	1,05 (0,89-1,25)
Zhou , 2015	Fractura ósea	1,33 (1,15-154)

Riesgo de enfermedad renal

La evidencia disponible sugiere que el uso de IBPs se asocia a mayor riesgo de enfermedad renal, tanto aguda como crónica. Sin embargo, el uso de antagonistas de los receptores de histamina 2 (H2), que comparten indicaciones con los IBPs, no parecen estar asociados con un mayor riesgo de enfermedad renal ([Lazarus 2015](#)).

Riesgo de hipomagnesemia

El riesgo de hipomagnesemia asociado a la utilización continuada de IBPs, ha sido objeto de una [Nota informativa](#) por parte de la Agencia Española del Medicamento, en la que se incluían las siguientes recomendaciones:

- Valorar la posibilidad diagnóstica de hipomagnesemia ante la aparición de sintomatología compatible no explicada en pacientes en tratamientos prolongados con IBP.
- Considerar la posibilidad de realizar determinaciones plasmáticas de magnesio (previo al inicio y periódicamente durante el tratamiento) a aquellos pacientes:
 - Sometidos a tratamientos prolongados con IBP.
 - Que estén tomando IBP junto con digoxina o cualquier otro medicamento con capacidad para reducir los niveles plasmáticos de magnesio (ej. diuréticos).

Riesgo de fractura

Tampoco es nuevo el aumento de riesgo de fractura asociado a IBPs. Esta [información](#) se incluyó en la ficha técnica de estos medicamentos en 2012. La reducción de la absorción intestinal de calcio podría ser la causa del mayor riesgo de fractura. En 2015, [Zhou](#) en un metaanálisis de 18 estudios observacionales, identificó entre los usuarios de IBP un riesgo:

- 26% mayor de fractura de cadera (RR= 1,26; IC_{95%} 1,16–1,36)
- 58% mayor de fractura vertebral (RR= 1,58; IC_{95%} 1,38–1,82)
- 33% mayor de cualquier fractura (RR= 1,33; IC_{95%} 1,15–1,54)

En un metaanálisis, [Hopkins 2011](#) que incluía 30 estudios (n=59.209), los resultados obtenidos en la disminución de riesgo de fractura con tratamiento farmacológico fueron de una magnitud similar al aumento del riesgo asociado a la utilización de IBPs.

En 2015, dentro de Sacyl, 25.000 pacientes han sido tratados con fármacos que afectan al metabolismo óseo y simultáneamente con algún IBP. Si bien es difícil establecer el beneficio neto en estos 25.000 pacientes, a la vista de las evidencias mencionadas, el uso de IBPs en pacientes con alto riesgo de fractura debería ser muy restringido y limitarse a las situaciones estrictamente necesarias.

Riesgo de infección

Los IBPs reducen la acidez gástrica, lo que puede promover la colonización bacteriana en el tracto gastrointestinal, aumentando el riesgo de infección.

- En [infección por C.difficile](#), el metaanálisis de [Kwokl](#) (39 estudios) mostró que en pacientes tratados con antibióticos había un 74% más de riesgo de desarrollar infección y 2,5 veces mayor riesgo de recurrencia de infección por esa bacteria entre los usuarios de IBP en comparación con los no usuarios.
- En [neumonía](#), los resultados obtenidos de los dos metaanálisis considerados ([Eom 2011; Filion 2014](#)) no son consistentes.
- El metaanálisis de [Eom](#) (5 estudios observacionales) estimó que el riesgo de neumonía adquirida en la comunidad fue un 34% mayor entre los pacientes que utilizaban IBP en comparación con los no usuarios, y aumentaba con la dosis de IBP. En neumonía adquirida en el hospital no se observó este incremento en el riesgo.

No obstante, hay que señalar que la enfermedad por reflujo gastroesofágico es, en sí misma, un factor de riesgo de neumonía y en estos estudios puede ser que se comporte como un factor de confusión de la asociación entre IBP y la aparición de neumonía. Además, se ha observado que podría existir un sesgo de indicación y que los síntomas iniciales de neumonía se hubiesen confundido con reflujo gastroesofágico, ya que la aparición de neumonía sucedía en muchos casos al poco tiempo de iniciar el tratamiento con IBP.

Para evitar estos problemas, en el estudio de [Filion](#) se analizó una cohorte de pacientes tratados con antiinflamatorios y se comparó el grupo además habían recibido un IBP y con el que no. En este caso, la utilización de un IBP en profilaxis de hemorragia gástrica causada por AINEs no se asoció con la aparición de neumonía.

La prescripción de IBP debe realizarse con precaución en los pacientes con alto riesgo de cualquiera de estas condiciones: enfermedad renal, hipomagnesemia y fractura osteoporótica.

DEPRESCRIPCIÓN DE IBPs

En pacientes con reflujo, úlcera y dispepsia severa, los beneficios del uso de IBPs probablemente son mayores que el daño potencial. Ahora bien, para los síntomas menos graves y para la prevención de la hemorragia en pacientes de bajo riesgo, los efectos adversos podrían superar a los beneficios.

Un gran número de pacientes toma IBP sin una justificación clara y además, de forma indefinida sin re-evaluación periódica de su continuidad. A menudo, el tratamiento se inició para manejar unos síntomas de dispepsia o "ardor de estómago" que ya se resolvieron. En estos pacientes, los IBPs deben ser [retirados](#). Serán también candidatos a la retirada de IBP pacientes en los que, aun teniendo una indicación adecuada, la duración de tratamiento excede las recomendaciones establecidas.

Dentro de las posibles pautas de deprescripción de IBPs, existen dos que son las más extendidas:

- 1.- Reducir la dosis de IBP un 50% cada 1 ó 2 semanas y, una vez alcanzado el 25% de la dosis inicial, si no hay síntomas de rebote, retirar definitivamente.
- 2.- Aumentar el intervalo de la dosis pautada cada 48-72 horas.

Autora: Alejandra García Ortiz. **Revisora:** Belén Calabozo Freile. Dirección de Técnica de Farmacia

Última Modificación: Septiembre 2016

Página | 2