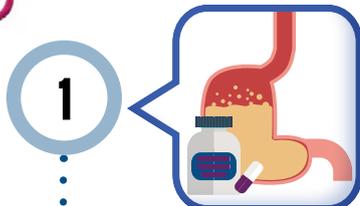


# Qué hacer y qué no hacer para usar adecuadamente los IBP

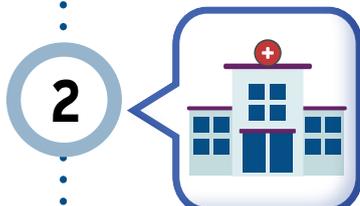
## medifichas

### ✓ Qué hacer



1

**Revisar las indicaciones de uso de IBP.** El tratamiento con IBP se debe limitar a aquellos pacientes que tengan una indicación clara<sup>1</sup>. El error más frecuente es administrar los IBP como profilaxis en pacientes con lesiones gastroduodenales con bajo o nulo riesgo gastrolesivo<sup>2</sup>.



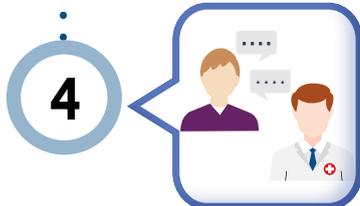
2

**Revisar el tratamiento con IBP cuando el paciente cambie de nivel asistencial.** La prescripción de IBP durante el ingreso hospitalario se incluye de forma innecesaria en muchos protocolos y a menudo el tratamiento se mantiene después del alta hospitalaria de forma injustificada<sup>2,3</sup>.



3

**Desprescribir el IBP en pacientes con reflujo gastroesofágico y esofagitis leve o moderada si los síntomas se han controlado después de 4-8 semanas de tratamiento.** Hay tres opciones para desprescribir los IBP: (1) interrumpir el tratamiento, (2) sustituir los IBP por antagonistas H<sub>2</sub> o (3) disminuir la dosis de IBP sin interrumpir el tratamiento<sup>4</sup>.



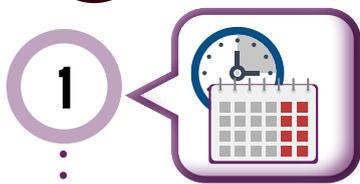
4

**Explicarle al paciente la posibilidad de interrumpir el tratamiento con IBP cuando ya no sea necesario y hacerle partícipe de las distintas opciones terapéuticas<sup>2</sup>.**

### Indicaciones de los IBP<sup>2,3</sup>

- Profilaxis de la gastroenteropatía por AINE en pacientes de riesgo
- Profilaxis de la úlcera de estrés en pacientes de la UCI con factores de riesgo (ventilación mecánica >48 h, coagulopatía, etc.)
- Hemorragia digestiva por úlcera péptica
- Úlcera gástrica y duodenal
- Síndrome de Zollinger-Ellison
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico
- Erradicación de *Helicobacter pylori*
- Dispepsia no investigada y dispepsia funcional en pacientes sin síntomas de alarma y <55 años

### ✗ Qué no hacer



1

**No administrar IBP en dosis elevadas ni más tiempo del necesario.** En situaciones crónicas (por ejemplo, la enfermedad por reflujo gastroesofágico) solo una minoría de los pacientes requiere un tratamiento de larga duración. Además, tras un período de tratamiento adecuado, se puede plantear reducir o interrumpir el tratamiento<sup>2</sup>.



2

**Evitar prescribir IBP por duplicado<sup>2,5</sup>.** Este error suele producirse cuando el paciente es atendido en distintos niveles asistenciales y desconoce los nombres comerciales o no es consciente de que toma un IBP<sup>2,5</sup>. Una posible solución sería prescribir por principio activo<sup>2</sup>.

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; IBP: inhibidores de la bomba de protones; UCI: unidad de cuidados intensivos

descárgate más medifichas en [www.almirallmed.es](http://www.almirallmed.es)

1. 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.
2. Saiz Ladera GM, Pejenaute Labari ME, García Pascual JN. Actualización en la prescripción de inhibidores de la bomba de protones. Qué hacer y qué no hacer. *Med Fam SEMERGEN.* 2021;47(4):267-79.
3. 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;108:207-24.
4. 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(5):354-64.
5. Osakidetza. Inhibidores de la bomba de protones (IBP): recomendaciones de uso. *Infac.* 2016;24(8):44-51.