



823 - ¿ES ADECUADO EL USO QUE HACEMOS DE LOS ANTISECRETORES GÁSTRICOS?

Rafael Cano Alba, Nieves Sánchez Martín, María Delgado Ferrary y Paula Luque Linero

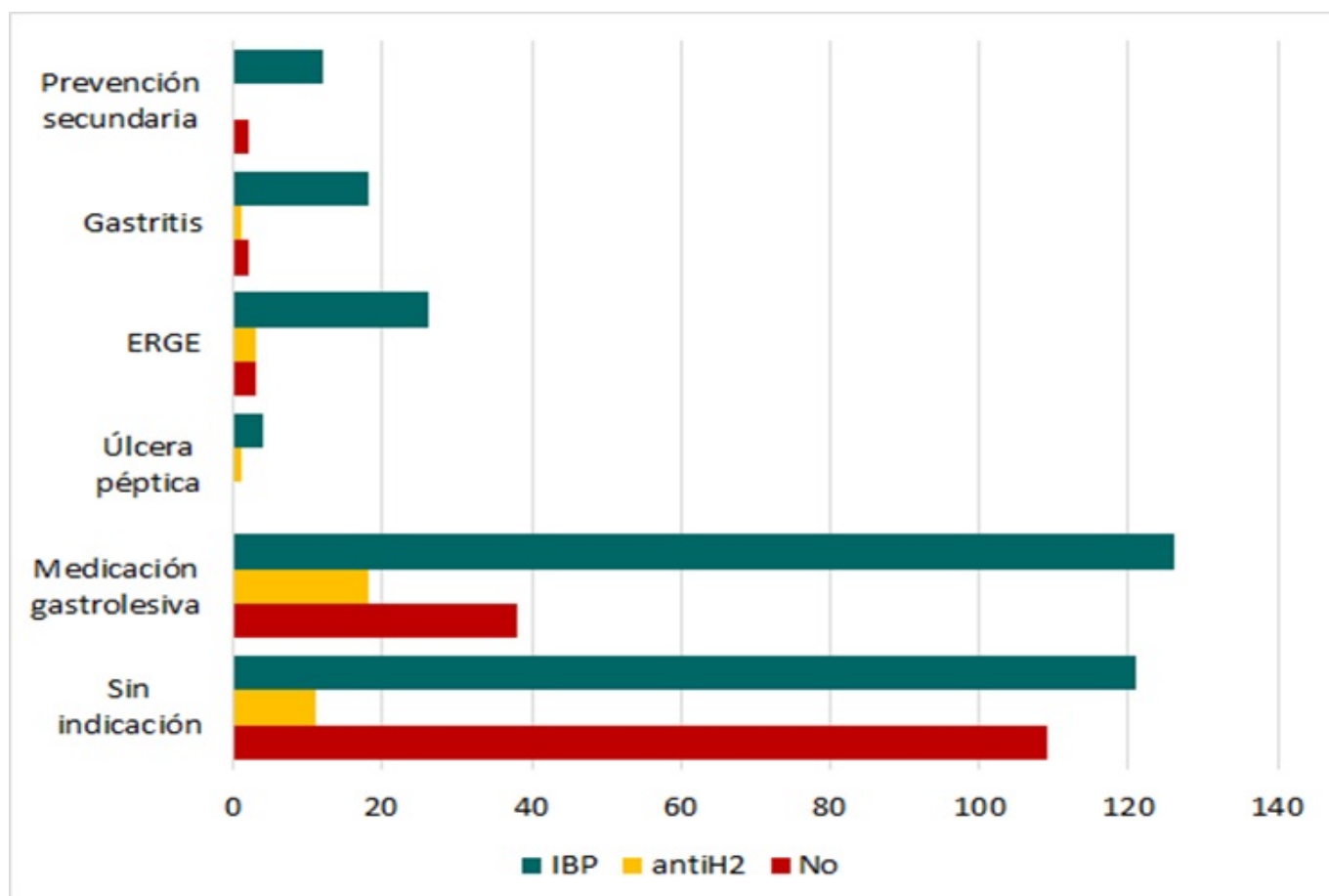
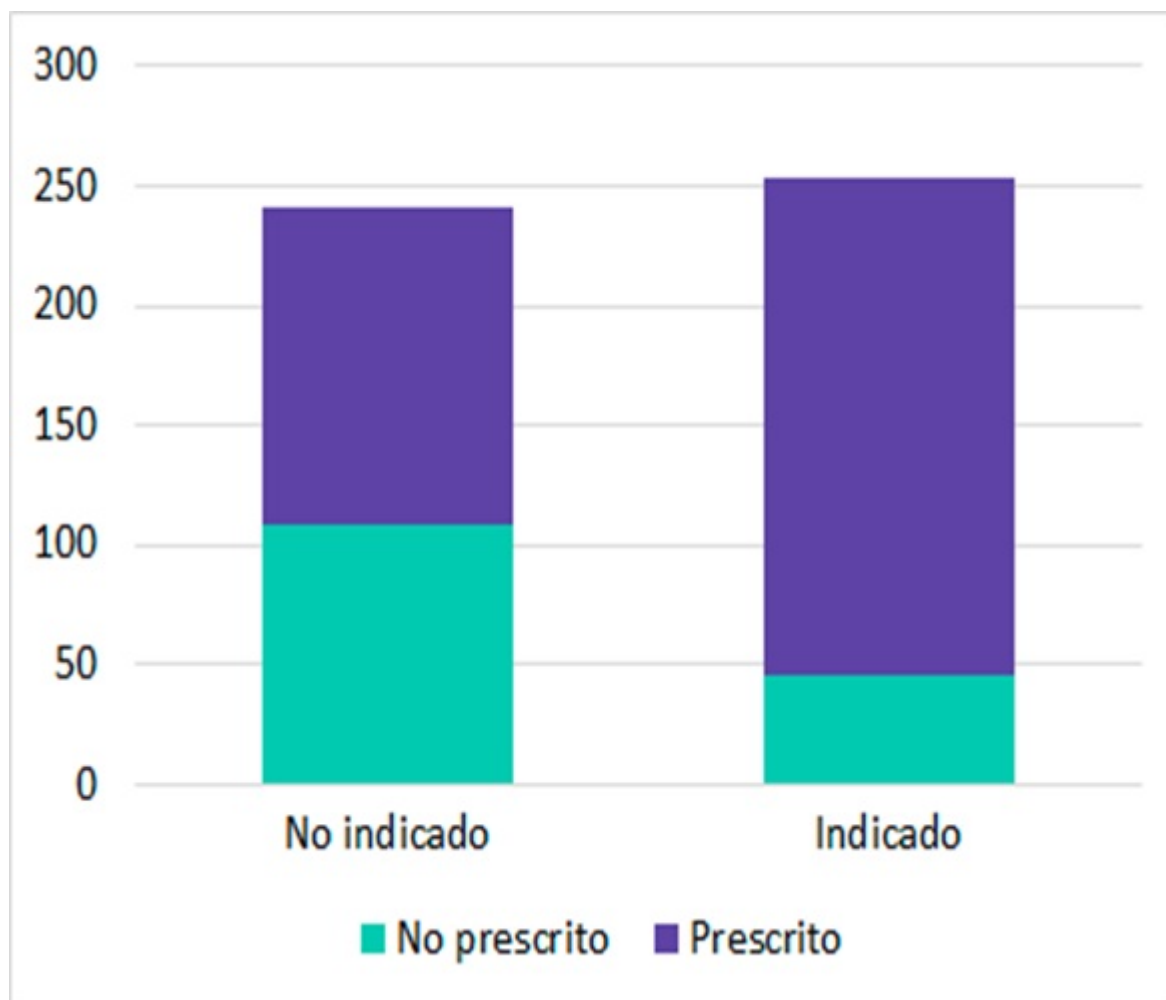
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Objetivos: Analizar la correcta prescripción de fármacos antisecretores gástricos así como sus posibles efectos adversos en los pacientes ingresados en nuestro servicio.

Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal incluyendo los pacientes ingresados en Medicina Interna en un hospital de tercer nivel en octubre de 2021. Datos recogidos de manera anónima de su historia clínica. Se recogieron datos epidemiológicos (edad, sexo, índice de comorbilidad de Charlson, dependencia (Barthel < 55) e institucionalización y patología esofagogástrica), analíticos (magnesio y vitamina B12) y farmacológicos (toma de antagonistas del receptor H2 (antiH2), inhibidores de la bomba de protones (IBP) y toma de fármacos gastrolesivos (antiinflamatorios no esteroideos (AINE), corticoides)), así como el motivo de ingreso. Se analizó la frecuencia de prescripción y su indicación según la Agencia Española del Medicamento (AEMPS) y Guías de Práctica Clínica. Se calcula la relación entre los valores de magnesio y vitamina B12 con la toma de IBPs mediante T de Student.

Resultados: 495 pacientes (48,9% hombres y 51,1% mujeres) de edad media 76 años (desviación estándar [DE] 13,36). El 10,3% tiene más de 90 años y el 13,3% menos de 60. El índice de Charlson medio fue 6,06 (DE 2,86); un 41,0% de los pacientes se consideró dependiente y un 7,3% estaba institucionalizado. De los pacientes recogidos, el 68,9% (341) realizaba tratamiento antisecretor gástrico de los cuales el 9,9% (34) tomaba antiH2 y el 90,1% (307) lo realizaba con IBP. El 48,7% (241) no tenía indicación para la toma de antisecretores, sin embargo el 54,8% de estos sí realizaba tratamiento. El 51,3% restante (254) sí tenía indicación; en frecuencia de mayor a menor, uso profiláctico ante la toma de medicación gastrolesiva en 182 (71,7%), enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) 32 (12,6%), gastritis 21 (8,2%), prevención secundaria 14 (5,5%) y úlcera péptica 5 (2,0%). El 17,8% (45) de los pacientes con indicación no realizaba tratamiento. 2 (0,4%) ingresaron por infección por *Clostridioides difficile*, estando ambos en tratamiento previo con IBP. Al comparar las medias de los niveles de Mg de los pacientes en tratamiento con IBP (2,00 mg/dl) y sin ellos (2,01 mg/dl), no encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,86$). Al analizar las diferencias de vitamina B12, los pacientes en tratamiento con IBP presentaban niveles menores (551 pg/ml) frente aquellos que no tomaban (824 (pg/ml), sin alcanzar significación estadística ($p = 0,08$).



Discusión: El consumo de IBP y antiH2 ha aumentado en los últimos años convirtiéndose en unos de los fármacos más prescritos. Sin embargo, no todas las prescripciones siguen las indicaciones de la AEMPS y Guías de Práctica Clínica, que actualmente incluyen: el tratamiento de la úlcera duodenal y gástrica, así como la prevención de sus recidivas, la ERGE y recidivas, la profilaxis y tratamiento de la úlcera gástrica y duodenal inducida por AINE en paciente en riesgo, el síndrome de Zollinger Ellison y en la terapia de erradicación de *Helicobacter pylori*. Lejos de ser inocuos, también tienen efectos adversos conocidos como el aumento del riesgo de infecciones por *Clostridioides difficile*, hipomagnesemia, déficit de vitamina B12 o fracturas óseas. En los pacientes con indicación para su uso, el beneficio ha demostrado ser superior al riesgo. no siendo así en los casos no indicados. Es por ello, que habría que plantear la desprescripción en estos pacientes.

Conclusiones: Cerca del 70% de los pacientes que ingresan en Medicina Interna se encuentran en tratamiento antsecretor gástrico y casi la mitad de ellos no cumplen indicación para su toma. Estos valores son similares a los descritos en otras series de casos. En nuestra cohorte, no objetivamos relación estadísticamente significativa entre la toma de IBPs y niveles disminuidos de magnesio o vitamina B12.

Bibliografía

1. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Utilización de medicamentos antiulcerosos en España [Internet]. [citado 29 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/observatorio-de-uso-de-medicamentos/informes>.
2. Fichas técnicas omeprazol, esomeprazol, lansoprazol, pantoprazol, rabeprazol. Disponibles en: <http://www.aemps.gob.es/cima/fichasTecnicas.do?metodo = detalleForm>
3. Mössner J. The Indications, Applications, and Risks of Proton Pump Inhibitors. Dtsch Arztebl Int. 2016;113(27-28):477-83.
4. Riesgo de hipomagnesemia asociado a los IBP. Nota informativa AEMPS. Referencia: MUH (FV), 27/2011. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2011/docs/NI-MUH_27-2011.pdf.
5. Pagán Escribano J, Martín Cascón M, Castejón Giménez M, de la Cierva Delicado A, Hernández Vidal M, Sánchez Guirao A, *et al*. Análisis sobre el empleo de omeprazol y otros inhibidores de la bomba de protones en un hospital de segundo nivel. Rev Clin Esp, 2018.